Health Canada Santé Canada

The Population Health Template:

Key Elements and Actions That Define A Population Health Approach

This report has been developed by the Strategic Policy Directorate of the Population and Public Health Branch and with the help of Treena A. Chomik, Ph.D. who prepared the early versions.

July 2001 Draft

Health Canada
Population and Public Health Branch
Strategic Policy Directorate

Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

The opinions expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Table Of Contents

I. **Aim and Use of the Population Health Template** 1

II. **Population Health: Definition and Background** 2

III. **Structure of the Population Health Template** 5

Figure 1. Population Health Key Elements 6

Summary Table of Population Health Key Elements 7

IV. **Population Health Key Elements Full Text Template** 8

Key Element 1: Focus on the Health of Populations 8

1.1 Determine indicators for measuring health status 8

1.2 Measure and analyze population health status and health status inequities to identify health issues 9

1.3 Assess contextual conditions, characteristics and trends 10

Key Element 2: Address the Determinants of Health and Their Interactions 11

2.1 Determine indicators for measuring the determinants of health 11

2.2 Measure and analyze the determinants of health, and their interactions, to link health issues to their determinants 11

Key Element 3: Base Decisions on Evidence 14

3.1 Use best evidence available at all stages of policy and program development 15

3.2 Explain criteria for including or excluding specific evidence 15

3.3 Draw on a variety of data 15

3.4 Generate data through mixed research methods 16

3.5 Identify and assess effective interventions 16

3.6 Disseminate research findings and facilitate policy uptake 17

Key Element 4: Increase Upstream Investments 19

4.1 Apply criteria to select priorities for investment 19

4.2 Balance short and long term investments 20

4.3 Influence investments in other sectors 20

Key Element 5: Apply Multiple Strategies 21
5.1 Identify scope of action for interventions 21
5.2 Take action on the determinants of health and their interactions 21
5.3 Implement strategies to reduce inequities in health status between population groups 22
5.4 Apply a comprehensive mix of interventions and strategies. 22
5.5 Apply interventions that address health issues in an integrated way 23
5.6 Apply methods to improve health over the lifespan 23
5.7 Act in multiple settings 23
5.8 Establish a coordinating mechanism to guide interventions 23

Key Element 6: Collaborate Across Sectors and Levels 24
6.1 Engage partners early on to establish shared values and alignment of purpose 25
6.2 Establish concrete objectives and focus on visible results 26
6.3 Identify and support a champion. 26
6.4 Invest in the alliance building process 26
6.5 Generate political support and build on positive factors in the policy environment 27
6.6 Share leadership, accountability and rewards among partners 27

Key Element 7: Employ Mechanisms for Public Involvement 28
7.1 Capture the public's interest. 29
7.2 Contribute to health literacy 29
7.3 Apply public involvement strategies that link to overarching purpose 30

Key Element 8: Demonstrate Accountability for Health Outcomes 31
8.1 Construct a results-based accountability framework 32
8.2 Ascertain baseline measures and set targets for health improvement 33
8.3 Institutionalize effective evaluation systems. 34
8.4 Promote the use of health impact assessment tools 34
8.5 Publicly report results. 35

V. Closing Remarks 36

Endnotes 37

References 39

I. Aim and Use of the Population Health Template

The *Population Health Template* organizes and consolidates current understandings of population health. The template outlines the procedures and processes required to implement a population health approach. It provides guideposts that help to assess preparedness and capacity to implement population health initiatives. Building on advances in health promotion and public health, the *Population Health Template* is a resource for people in health and other sectors who strive to improve the health of populations.

The *Population Health Template* can be used by multiple groups for various purposes:

- *Policy makers* and *program planners* can use the template to guide and direct policy and program development so that initiatives reflect population health key elements.
- The template supports *health educators* in the development of training curriculum and materials that reinforce and promote population health approaches.
- The template can offer *evaluators* a set of criteria for evaluating health-related programs against population health key elements.
- *Grant reviewers and writers* can use the template to assess the degree to which funding proposals align with population health concepts.
- Among *researchers and academics*, the template can serve as a testing field for population-health related assumptions and hypotheses (and thereby, advance theory), as well as support the development of population health models and instruments.

Health Canada has identified population health as a key concept and approach for policy and program development aimed at improving the health of Canadians. The concepts and ideas presented in this paper support Health Canada's initiative to promote a population health approach in Canada.

The overarching aim of this paper is to develop and advance our understanding of a population health approach and to spark debate and discussion about the nature of a population health approach and how it can be implemented. Because the paper sets forth the outside parameters of a population health approach, it is detailed and comprehensive. To support operationalization of a population health approach, an application tool, which summarizes the key concepts of this paper, has also been developed.

103-01941/

II. Population Health: Definition and Background

Today, much of the discourse on health occurs under the rubric of "population health" which has evolved over the past two decades and builds on a long tradition of public health, community health and health promotion. Dating back to the early 1970's, Canada has played a leading role in the development of the population health concept through its internationally acclaimed work in the area of health promotion. Canada's reputation is grounded in its strong contribution to community health, health advocacy, healthy public policy, and the Healthy Cities/Communities movement[22].

Our current understandings of population health reflect the evolution of our thinking related to the definition of "health". We acknowledge that health is a capacity or resource for everyday living that enables us to pursue our goals, acquire skills and education, grow and satisfy personal aspirations[2,26]. This view of health provides the foundation for our understanding of a population health approach, which recognizes that multiple factors and conditions contribute to health. In 1997, the Federal, Provincial, Territorial Advisory Committee on Population Health defined population health as follows:

> *Population health refers to the health of a population as measured by health status indicators and as influenced by social, economic and physical environments, personal health practices, individual capacity and coping skills, human biology, early childhood development, and health services.*
>
> *As an approach, population health focuses on the interrelated conditions and factors that influence the health of populations over the life course, identifies systematic variations in their patterns of occurrence, and applies the resulting knowledge to develop and implement policies and actions to improve the health and well-being of those populations.*

A population health approach addresses the entire range of individual and collective factors that determine health. Population health strategies are designed to affect whole groups or populations of people. The overarching goals of a population health approach are to maintain and improve the health status of the entire population and to reduce inequities in health status between population groups.

The outcomes or benefits of a population health approach extend beyond improved health status outcomes. A healthier population makes more productive contributions to overall societal development, requires less support in the form of health care and social benefits, and is better able to support and sustain itself over the long term[17]. Actions that bring about positive health also bring wider social, economic and environmental benefits for the population at large. They include a sustainable and equitable health care system, strengthened social cohesion and citizen engagement, increased national growth and productivity and improved quality of life.

Population Health Context and Background

Several publications and documents trace the evolution of health promotion and population health and account for our current understanding of what makes and keeps people healthy. The release of the internationally renowned Lalonde report[1] in 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*[32], followed by *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*[2(7)], and the *Ottawa Charter for Health Promotion*[3(3)], broadened Canadians' understanding of the multiple factors and actions that contribute to health.

In 1994 the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health prepared a discussion paper entitled, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, which set the stage for a national discussion on population health. It also signalled the official endorsement of the population health approach in Canada. Since then, government efforts in advancing population health have been augmented by the work of several "think tanks" across Canada, most notably the Canadian Institute for Advanced Research (CIAR). CIAR's Population Health Program received international recognition for the development of a conceptual framework which synthesized knowledge from a wide range of disciplines and recognized the complex and interactive factors that influence health.

More recently, the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health prepared the *First Report on the Health of Canadians* (1996)[23], which provided a general reporting framework on the health of Canadians and represented the first step toward a comprehensive assessment of the health of the population. Later, in 1999, the Committee released, *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. This landmark public policy report takes a population health approach in its organization and analysis. It examines health status and the major factors or "determinants" that influence the health of Canadians at all ages and discusses the implications of the findings for policy, practice and research. The report identifies priority areas for action and relevant strategies in each area that can be used by multiple players at the federal, provincial and territorial level. Finally, a position paper entitled, *Taking Action on Population Health*[26] (www.population-health.com) was developed by Health Canada to provide employees with a better understanding of a population health approach.

Goals of a Population Health Approach

- **To maintain and improve the health status of the entire population**
- **To reduce inequities in health status between population groups**

Interest in population health approaches are not unique to Canada. International examples include:

➢ The World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Euro) has undertaken the "Verona Initiative" to secure broader dissemination and uptake of WHO/Euro's "Investments for Health" approach. It has produced *The Verona Benchmark*, which identifies the system characteristics that a country, region or local area should have in order to develop, implement, sustain and improve

the health of the population through an intersectoral investment in health strategy.

- A key priority area for Australia's Population Health Division in 2000-2001 is effective integration of a population health approach within the wider Australian health system and partnership with the *National Public Health Partnership*. The Partnership was established to improve and strengthen public health efforts through approaches which focus on whole populations. Priorities are to reduce disparities in health status between social groups and to influence the underlying social, economic, physical and biological determinants.

- In Great Britain, the white paper, *Our Healthier Nation*, sets out a determinants of health approach to public health and forms the basis of several government reports that identify policies that are intended to have an impact on health determinants. These include an *Independent Inquiry into Inequalities in Health* and the Health Development Agency's *Policy, Inequalities and Public Health*.

- The Working Party on Social Policy of the OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) has started a project on *Population Health Investment Policies*, an examination of the role played by structures, financing systems and evidence in supporting a population based health advancement approach.

III. Structure of the Population Health Template

As noted above, the *Population Health Template* is comprehensive in that it consolidates key knowledge in this area. It is not, however, exhaustive; that is, the template cannot claim to be inclusive of all possible dimensions of a population health approach. This is largely a reflection of the evolutionary nature of this field of study. The template will continue to evolve and undergo adjustment and refinement as it is applied across time and settings.

The *Population Health Template* consists of two principal components, the *Key Elements* and *Actions*. The key elements are all necessary for implementation of a population health approach and the actions provide an elaboration of the required actions for mobilization. A definition and rationale for each key element and its associated actions is included in the text of the template.

A. Key Elements

The *Population Health Template* consists of eight ***key elements***. They are: (1) focus on the health of populations, (2) address the determinants of health and their interactions, (3) base decisions on evidence, (4) increase upstream investments, (5) apply multiple strategies, (6) collaborate across sectors and levels, (7) employ mechanisms for public involvement, and (8) demonstrate accountability for health outcomes. While *all eight elements are necessary* for implementing a population health approach, key elements one and two are unique to the definition of a population health approach and key elements three to eight reflect implications of a population health approach and factors associated with good management practices. The eight key elements are presented in the figure below.

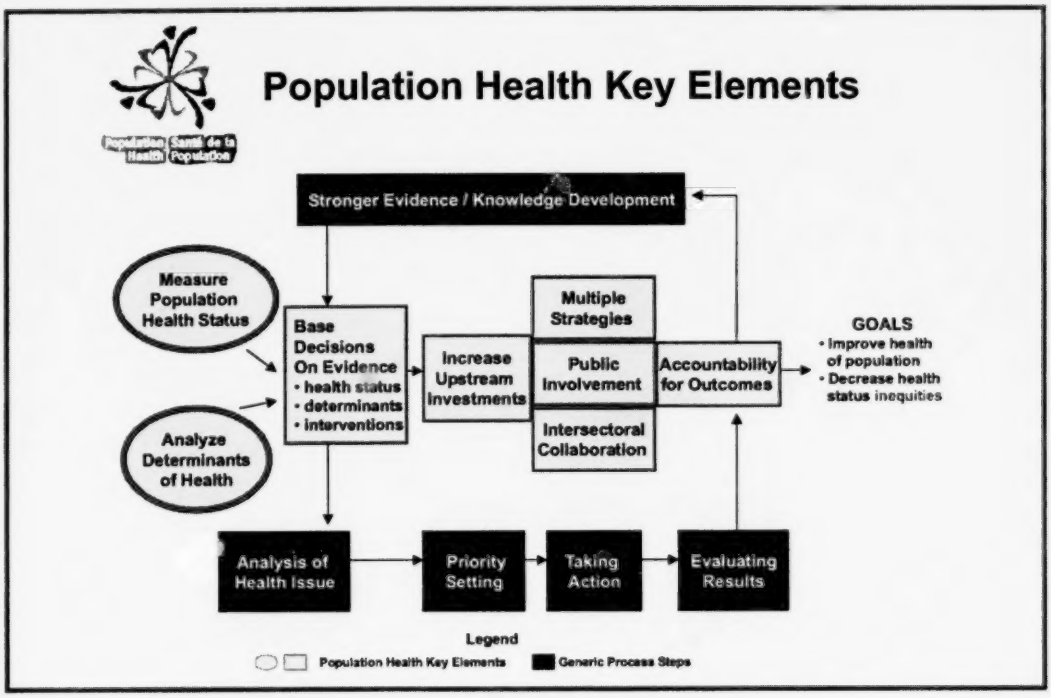

Figure 1. Population Health Key Elements

B. Actions

Each of the key elements that comprise the template is further elaborated with a description and rationale of required actions to mobilize a population health approach. Both the key elements and actions are summarized in the following table. While every effort was made to ensure mutual exclusivity of the actions, some redundancy exists due to repeated reference to core features such as working intersectorally and addressing the multiple determinants of health.

Please note that it is not necessary for any one organization itself to carry out all the actions; the actions may be taken by a variety of players. A user-friendly application tool which draws on the key concepts of this paper, has been developed. Following the overview table is a detailed discussion of the template's components.

Summary Table of Population Health Key Elements

The goals of a population health approach are to maintain and improve the health status of the entire population and to reduce inequities in health status between population groups.

Key Element	Actions	
1. Focus on the Health of Populations	1.1	Determine indicators for measuring health status
	1.2	Measure and analyze population health status and health status inequities to identify health issues
	1.3	Assess contextual conditions, characteristics and trends
2. Address the Determinants of Health and Their Interactions	2.1	Determine indicators for measuring the determinants of health
	2.2	Measure and analyze the determinants of health, and their interactions, to link health issues to their determinants
3. Base Decisions on Evidence	3.1	Use best evidence available at all stages of policy and program development
	3.2	Explain criteria for including or excluding evidence
	3.3	Draw on a variety of data
	3.4	Generate data through mixed research methods
	3.5	Identify and assess effective interventions
	3.6	Disseminate research findings and facilitate policy uptake
4. Increase Upstream Investments	4.1	Apply criteria to select priorities for investment
	4.2	Balance short and long term investments
	4.3	Influence investments in other sectors
5. Apply Multiple Strategies	5.1	Identify scope of action for interventions
	5.2	Take action on the determinants of health and their interactions
	5.3	Implement strategies to reduce inequities in health status between population groups
	5.4	Apply a comprehensive mix of interventions and strategies
	5.5	Apply interventions that address health issues in an integrated way
	5.6	Apply methods to improve health over the life span
	5.7	Act in multiple settings
	5.8	Establish a coordinating mechanism to guide interventions
6. Collaborate Across Sectors and Levels	6.1	Engage partners early on to establish shared values and alignment of purpose
	6.2	Establish concrete objectives and focus on visible results
	6.3	Identify and support a champion
	6.4	Invest in the alliance building process
	6.5	Generate political support and build on positive factors in the policy environment
	6.6	Share leadership, accountability and rewards among partners
7. Employ Mechanisms for Public Involvement	7.1	Capture the public's interest
	7.2	Contribute to health literacy
	7.3	Apply public involvement strategies that link to overarching purpose
8. Demonstrate Accountability for Health Outcomes	8.1	Construct a results-based accountability framework
	8.2	Ascertain baseline measures and set targets for health improvement
	8.3	Institutionalize effective evaluation systems
	8.4	Promote the use of health impact assessment tools
	8.5	Publicly report results

IV. Population Health Key Elements Full Text Template

Key Element 1: *Focus on the Health of Populations*

A population health approach assesses health status and health status inequities over the lifespan at the aggregate or population level.

Definition and Rationale for Key Element 1

A population health approach assesses health status and health status inequities of the population as a whole (as well as groups within it), as characterized by geography, age, gender, culture or other defining features, over the lifespan. The approach measures population health consistently over time, across jurisdictions, and across health issues. It captures not only illness and injury, but the positive dimensions of health (for example, fitness). It also links measures of health status with measures of the determinants of health to show how they interact (see Key Element 2). While *populations* rather than individuals are the unit of analysis, actions for health improvement – based on the best available evidence – occur along the entire population spectrum at the national, provincial, regional, community, family and individual levels (see Key Element 5).

Actions To Mobilize Key Element 1

1.1 Determine indicators for measuring health status

A population health approach establishes indicators for the health status of the population as a whole and/or population groups. Health indicators are designed to provide comparable information from the health region to provincial/territorial and national levels, and are based on standard definitions and methods. Indicators facilitate measurement of change or progress.

The most common indicators of health status to date have been mortality (e.g. infant mortality, life expectancy, cancer deaths, suicide, unintentional injury deaths, AIDS deaths) and, to a lesser extent rates of hospitalization. Although these are critical, they only provide part of the population health picture. This picture needs to be balanced with better measures of morbidity: causes of decreased quality of life through chronic health problems or disability; and most importantly, measures of the positive dimensions of health. In some cases, indicator information is available or just needs to be made more accessible. In other cases, new research needs to be conducted in order to generate the information needed.

A critical step in strengthening the measurement of population health is the development of a new generation of indicators, called "aggregate health indicators", which combine data on mortality, loss of function and quality of life so that very different issues can be compared in a consistent way. These "aggregate health indicators" will allow us to rationally compare the impact of very different health issues and strategies, and to understand better how various factors interact to strengthen or undermine health. These include "Disability-Adjusted Life Years" (DALYs), "Health-Adjusted Life Expectancy" (HALE) and Quality-Adjusted Life Years (QALYs). These measures respond to a key health policy challenge facing Western industrialized nations: that some health interventions may be adding years of sickness to life, rather than years of health.

1.2 Measure and analyze population health status and health status inequities to identify health issues

Measuring population health status identifies emerging health issues, long-term challenges and informs the choice among competing priorities. Measuring population health status answers the questions: "How healthy is the population and is their health improving?", " Who is healthy and who is not?", "What can we learn from current trends in health status to help prepare for the future?" and "What are the key health issues?" To select rational priorities for intervention and to assess progress in improving health, it is necessary to measure and compare the health status of the population over time and across the lifespan. The life cycle is fundamental to the study of health status because it is the basis of biological change in all individual organisms.

Population-based surveillance is the systematic collection, analysis and interpretation of data necessary for population health planning, implementation and evaluation[47]. Ongoing surveillance is particularly useful for uncovering inequities in health status among population groups. Population-based information systems include health status indicators (e.g. life expectancy, self-rated life stress and cardiovascular disease), epidemiological data, socioeconomic data, and health service use data.

While there is a need to implement new aggregate health indicators in Canada, there are major sources of data currently available (e.g. the National Population Health Survey) that can be used to identify key health issues requiring immediate action and to obtain an evidence-based quantitative ranking of health issues. These include the leading causes of death, hospitalization, and potential years of life lost (PYLL); the most common notifiable diseases; the chronic conditions most often reported in the National Population Health Survey (NPHS); and the NPHS factors most closely correlated with loss of autonomy, on one hand, or continued good health, on the other. For some health issues development of new surveys is indicated, but if too costly or labour intensive to implement, other methods can be considered. For example, existing surveys or census questionnaires can be augmented with specific questions to collect fuller data sets that include socioeconomic risks and conditions. Health management or administrative data also provide useful surveillance information in the absence of or in lieu of primary data collection through population-based surveys.

Another major source of data currently available is *Health Indicators*. This is a free electronic publication available on the Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information websites. It provides a set of indicators organized into four categories: health status (including health conditions, mortality rates, measures of well-being); non-medical determinants of health (socio-economic characteristics and health behaviour); health system performance (measures of accessibility, appropriateness, effectiveness of health care services); and, community and health system characteristics (contextual information). Local data related to these indicators is available at the Regional Health Authority level across Canada.

1.3 Assess contextual conditions, characteristics and trends

Human populations exist within macro environments characterized by prevailing conditions and circumstances that may influence efforts to mobilize a population health approach. Strong political commitment is an important ingredient. However, governments and health sectors are seemingly more willing to initiate population health initiatives, for example, during times of economic growth; and more inclined to retain the status quo during periods of economic deficit or restraint.

A population health approach scans the prevailing context and trends to assess current conditions for implementing a population health approach. Times of change and transition associated with health reform, for example, can provide a window of opportunity for novel ways of viewing and acting on health and those factors that influence it. The aim of scanning the prevailing context is to provide a broader view for analysis of the existing conditions and trends in which health status would be addressed, including:

- *Demographic* profile or statistical characteristics such as size, distribution, diversity, gender and age of the population (see contextual information in *Health Indicators* above).
- *Political characteristics* such as political ideology, political will, policy-making processes, political agendas and priorities, interest group lobbying, political participatory traditions, and federal /provincial jurisdictional issues.
- *Socioeconomic conditions* such as economic growth, fiscal policies and social cohesion.
- *Physical characteristics* in terms of natural and built environments.
- *Health sector conditions* such as the current level of consumer satisfaction with the health system and the degree to which the system is undergoing evolution or reform.
- Underlying *cultural characteristics* including values, beliefs, preferences and traditions.

Key Element 2: *Address the Determinants of Health and Their Interactions*

A population health approach measures and analyzes the full spectrum of factors — and their interactions — known to influence and contribute to health. Commonly referred to as the determinants of health, these factors include: social, economic and physical environments, early childhood development, personal health practices, individual capacity and coping skills, human biology and health services.

Definition and Rationale for Key Element 2

Our understanding of what makes and keeps people healthy continues to evolve. A population health approach considers the entire range of individual and collective factors and conditions and their interconnectedness that have been shown to be correlated with health status. The entire range of health determinants — and not just those that immediately present themselves — as well as the interactions among them — are recognized and taken into account. Later sections (Key Elements 4, 5 & 6) cover specific actions that evolve from the measurement and analysis of the determinants of health covered in this section.

Actions To Mobilize Key Element 2

2.1 Determine indicators for measuring the determinants of health

A population health approach establishes indicators for the determinants of health, and the links between them, to facilitate measurement of change or progress (see Key Element 1 for discussion of indicators). As with indicators for health status, establishing indicators for the determinants of health often requires new research to be conducted to generate the information needed (Key Element 3).

2.2 Measure and analyze the determinants of health, and their interactions, to link health issues to their determinants

When we ask why people develop illnesses or suffer injuries — or why they remain healthy — we no longer expect simple, one-dimensional answers. Research shows that many biological, behavioural, environmental and socioeconomic factors interact in "causing" health or illness. A single risk factor (being physically inactive or having experienced child abuse) may contribute to a wide range of problems, just as a crucial protective factor (good nutrition or having a supportive friend) may help to defend against many health problems. Likewise, the path that leads to any particular health outcome may be very different for different populations.

There is a growing body of evidence about what makes people healthy and the ways these factors influence health. A population health approach uses evidence from research and other sources to link key health issues to their determinants and to clarify the dynamics by which these factors combine to cause health or illness. This evidence includes data generated from (a) the published literature in academic-based and government databases, (b) population based surveys, (c) data from other jurisdictions, and (d) as noted above, scans for macro level conditions and trends. (see Key Element 5 and Key Element 6 for achieving change to the determinants of health).

The following determinants of health are recognized and addressed:

The Socioeconomic Environment

- *Income, Income Distribution and Social Status*: Research indicates that income and social status is the single most important determinant of health. Studies show that health status improves at each step up the income and social hierarchy. In addition, societies which are reasonably prosperous and have an equitable distribution of wealth have the healthiest populations, regardless of the amount they spend on health care.
- *Social Support Networks*: Better health is associated with support from families, friends and communities. Some studies conclude that the health effect of social relationships may be as important as established risk factors such as smoking, obesity, high blood pressure and a sedentary lifestyle.
- *Education*: Health status improves with level of education and literacy, including self-ratings of positive health or indicators of poor health such as activity limitation or lost work days. Education increases opportunities for income and job security, and provides people with a sense of control over life circumstances — key factors that influence health.
- *Employment and Working Conditions*: People who have more control over their work circumstances and fewer stress-related demands on the job are healthier. Workplace hazards and injuries are significant causes of health problems. Moreover, unemployment is associated with poorer health.
- *Social Environments*: Societal values and rules affect the health and well-being of individuals and populations. Social stability, recognition of diversity, safety, good human relationships and community cohesiveness provide a supportive social environment which mitigates risks to optimal health.

Physical Environment

- Physical factors in the natural environment such as air, water and soil quality are key influences on health. Factors in the human-built environment such as housing, workplace safety, community and road design are also important factors.

Healthy Child Development

- The effect of prenatal and early childhood experiences on health in later life, well-being, coping skills and competence is very powerful. For example, a low birth weight links with health and social problems throughout the lifespan. In addition, mothers at each step up the income scale have children with higher birth weights, on average, than those on the step below.

Personal Health Practices

- Personal practices such as smoking, use of alcohol and other drugs, healthy eating, physical activity, and other behaviours affect health and well-being. Many of Canada's most common health problems are linked to these practices.

Individual Capacity and Coping Skills

- Social environments that enable and support healthy choices and lifestyles, as well as people's knowledge, intentions, behaviours and coping skills for dealing with life in healthy ways, are key influences on health.

Biology and Genetic Endowment

- The basic biology and organic make-up of the human body are fundamental determinants of health. Inherited predispositions influence the ways individuals are affected by particular diseases or health challenges.

Health Services

- Health services, especially those designed to maintain and promote health, prevent disease and injury, and restore health, contribute to population health.

It is acknowledged that culture and gender have a cross-cutting, influential effect on all the other health determinants.

- Gender refers to the many different roles, personality traits, attitudes, behaviours, relative powers and influences which society assigns to the two sexes. Each gender has specific health issues or may be affected in different ways by the same issue.
- Culture and ethnicity come from both personal history and wider situational, social, political, geographic and economic factors.

This list of health determinants may evolve as population health research reveals new insights related to the factors and conditions that influence and contribute to health.

Key Element 3: *Base Decisions on Evidence*

A population health approach uses "evidence-based decision making." Evidence on health status, the determinants of health and effectiveness of interventions is used to assess health, identify priorities and develop strategies to improve health.

Definition and Rationale For Key Element 3

Over the past decade, policy makers and practitioners have faced increasing pressure to base decisions on evidence. In a population health approach, evidence-based decision making is used at all stages of the policy/program development cycle. Within the context of this template, evidence-based decision making refers to *a decisional approach in which an information base or body of information successfully survives a broad, critical review process*. This means that each decision – from determining indicators for measuring health status to the mix of interventions to address a health issue – should be justified by reference to the best available evidence *and* reasoning. Evidence, when used with good reasoning and principles of valuation, answers the question, "Why did you decide that"?

An important question regarding evidence-based decision making is: "What sort of data provide appropriate evidence for particular types of decisions"? In the literature on evidence, the use of the words "data" and "facts" may encourage a focus on statistical information (e.g. mortality data) and the results of conventional scientific inquiry (e.g., randomized clinical trials) as the only real "evidence". Answers to the question "why did you decide that?" make extensive use of both formal and informal quantitative and qualitative evidence, including such qualitative methods as key informant interviews with stakeholders, case studies and consultations with experts in population-based disciplines.

Decisions about the effectiveness of interventions in social and health promotion policy and programs are a challenge because there is often no unequivocal answer to the question "what works"? Currently, evidence-based assessments are largely restricted to individualized medical interventions. However, a study of the use of evidence to inform policy on inequalities in health in Britain[a] concludes that the fact that there is more evidence available about interventions aimed at individuals does not mean that interventions aimed at whole communities are not effective. Rather, it reflects the paucity of good quality studies of more "upstream" interventions. The authors conclude that health differentials between social groups, or between poor and rich countries, are not primarily generated by medical causes and require solutions at a different level.

[a] Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith, R. Using evidence to inform health policy: case study. *British Medical Journal* 2001; 322: 222-225 (27 January)

An integral aspect of a population health approach is ongoing research to strengthen the evidence base on health status, the determinants of health and effectiveness of interventions to improve health. Newly acquired evidence must not only be effectively disseminated to policy and decision makers, but a research transfer strategy must also be implemented to engage decision makers in the use of research results.

Actions To Mobilize Key Element 3

3.1 Use best evidence available at all stages of policy and program development

A population health approach takes an evidence-based approach at all stages of the policy/program development cycle: for the choice of problems or opportunities that will be worked on (Key Elements 1 and 2); for the choice of interventions to develop and apply (Action 3.5); for the decision to implement (Key Element 4); and for the decision to continue (Key Element 8).

Evidence-based decision making in health policy and programming is the use of current best evidence, both qualitative and quantitative, in determining how to improve and maintain the health of populations. It means integrating the policy and program expertise of analysts, decision makers, community organizations and others with the best available evidence from systematic, peer-reviewed research to develop an information base that successfully survives a broad, critical review process. New evidence can invalidate previously accepted ways of assessing and intervening on the health status of populations, and replace them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer.

3.2 Explain criteria for including or excluding specific evidence

In a population health approach, systematic and transparent methods governing the assembly, selection and review of relevant data must be used to minimize biases. A population health approach clearly explains its materials, methods and criteria for including or excluding a specific piece of evidence in decision making. In many fields there are no unequivocal answers to the question "what works?". This lack of evidence does not mean that policies and programs should not be developed on the basis of logic and common sense; however, in these cases it is necessary to make explicit the lack of empirical evidence and the possibility that recommendations might not have the desired effects.

3.3 Draw on a variety of data

A population health approach draws on the full range of *data types* — both qualitative and quantitative — as well as data from other sectors. Data types include environmental data, lifestyle data, vital statistics data, social and economic data, epidemiological data, health systems data, consumer information and demographics. It also relies on diverse *data sources* including census records, vital events registries, and regulatory or quasi regulatory systems.

As noted earlier, a population health approach often extends beyond established repositories of data to conduct population health surveys which target questions about the broader determinants of health. This information forms the basis of a population-based health information system that enables ongoing surveillance of variations in health status and other indicators.

Additionally, a population health approach strives for data quality while acknowledging that no data are "perfect". For example, outcome data may be incomplete because in many cases, ten or more years are required to realize benefits accrued from upstream investments in health promotion and disease prevention.

3.4 Generate data through mixed research methods

A population health approach supports research that covers the full spectrum of issues that affect health and well-being. This requires a rich mix of interdisciplinary skills that span the full range of quantitative and qualitative research paradigms including: traditional biomedical sciences, community health sciences, epidemiology, biostatistics, the whole range of social sciences (including sociology, psychology, economics, public administration, and political science), health policy, health economics and other population-based disciplines. Specific methods for evidence development include: meta-analysis, randomized trial studies, case studies, risk/benefit analysis, surveys, population polls, forecast modeling, and economic methods such as cost-benefit and cost effectiveness analyses. Expanding and strengthening the evidence base also results from presentations, briefings and written submissions of topic (or "input") papers from academics and other experts in population-based disciplines.

While a population health approach values the development of new knowledge, it does not focus on data generation alone. It recognizes also that data needs to be critically reviewed on an ongoing basis. Linking data collection to regular data review supports the development of new models and tools such as "best practices" guidelines.

3.5 Identify and assess effective interventions

To improve decision making, a population health approach analyzes the available evidence on which interventions or combinations of interventions are the most effective in modifying specific types of health outcomes, decreasing health inequities, improving the health of the population as a whole or achieving change to the determinants of health. This is done to answer the question: is it possible to address the issue and have an impact? Methods to assess and review effectiveness include: a synthesis of evaluations of related population health and health promotion interventions in the last 10 years in Canada (including quantitatively based studies) and a comparison with other countries where lessons are applicable to Canada. In situations of insufficient evidence, policy makers may need to resort to other approaches to justify the use of resources for population health, including expert opinion, trial programs with mid term evaluations, or risk based assessments.

There are differences in opinion on what represents effectiveness of interventions. Politicians, economists and budget managers, the population who is to benefit from action, academic researchers, and practitioners often differ in their emphasis on the process, cost and practicality by which outcomes are achieved. These different perspectives are reflected in the current wide range of methods (qualitative, quantitative, economic, participative) and measures (behavioural, changes to determinants) used in establishing evidence of effectiveness. Evidence of effectiveness is also inextricably linked to the entry point (issue, population or setting) and type of intervention.

As observed by the International Union for Health Promotion and Education, there can be no single 'right' method or measure which can be used to evaluate the effectiveness of interventions, and no 'absolute' form of evidence. Tensions which arise from the differences in interpretation of the meaning of "effectiveness" will remain. Nevertheless, economists, policy makers and budget managers need to be able to judge the success (or likely success) of interventions in order to allocate resources and be accountable for those decisions. While there is currently a lack of traditional cost-benefit analysis work available on health promotion and population health interventions, there are a growing number of synthesis reports available (see for example, *The Evidence of Health Promotion Effectiveness* by the International Union for Health Promotion and Education) to demonstrate that these investments in health do pay dividends and have clear relevance in health, social, economic and political terms. A major challenge is to develop ever more reliable and valid measures of health intervention success and to improve the quality and range of evidence available to guide decision making.

3.6 Disseminate research findings and facilitate policy uptake

A population health approach develops and implements systems for tracking and reporting information and research findings related to health status, health determinants and effectiveness of interventions to policy makers, health practitioners and the public. Translating research findings into useable materials at the policy and program levels is an integral part of a population health approach. To ensure that research evidence on the determinants of health informs policy and decision making, effective strategies for knowledge transfer and policy uptake are needed. Such strategies need to identify the population health research needs of decision makers and to engage them in using the results of research.

To identify a range of strategies for transfer of research knowledge, the Canadian Population Health Initiative (CPHI) examined knowledge transfer strategies of seventeen organizations involved in health or social research and/or policy (*An Environmental Scan of Research Transfer Strategies*, www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/Documents.shtml). Based on the study findings, it was concluded that dissemination of population health research findings must be targeted at a wide variety of individuals and organizations, including:

- *Government departments emphasizing health and social services*: potential collaborators.

- *Policy organizations conducting similar research*: have established communication networks with decision makers.
- *International organizations*: add credibility and prestige.
- *Professional organizations* (particularly in the health field): provide access to new audiences.
- *General public*: advocates to decision makers.
- *Community organizations*: provide community support and assist in dissemination.
- *Business community*: is a key influence on the workplace.
- *Regional health authorities* and *health care providers*: allocate health care services and identify relevant targets for information and service delivery.

Timing is an essential element of population health research transfer. The CPHI environmental scan found that decision makers should be engaged early on and this relationship maintained through all phases of the research, a goal that can be achieved through the ongoing use of collaborative working groups.

The scan also identified the need for a range of outputs appropriate to various target audiences. Additionally, a number of specific methods were highlighted for encouraging the uptake of research findings by policy and decision makers, including:

- effectively using web sites;
- building a research transfer strategy into each project;
- establishing formal links and partnerships with policy and decision makers;
- employing specialists in research transfer; and
- sponsoring empirical investigations on the transfer of research findings.

Key Element 4: *Increase Upstream Investments*

The potential for improved population health is maximized by directing increased efforts and investments "upstream" to maintain health and to address root causes of health and illness. This will help to create a more balanced and sustainable health system.

Definition and Rationale For Key Element 4

Under a population health approach, evidence about "what makes and keeps people healthy" and effectiveness of interventions guides the identification of priority actions. Evidence establishes the parameters for health investment decisions. A population health approach directs investments to those areas that have the greatest potential to positively influence health. It also seeks to maximize the potential for health-related cost savings. Population health approaches are grounded in the notion that the earlier in the causal stream action is taken (the more "upstream" the action is), the greater the potential for population health gains. However, depending on the objective, some "upstream" interventions may not be the most appropriate choice given context, timing, resources, mandate or evidence. The choice should be based on the best evidence, not on an article of faith that "further upstream is always better."

In many cases upstream action calls for the inclusion of action on the social, economic and environmental conditions that correlate with poor or excellent health. For this reason, "upstream" interventions such as health promotion, protection and disease/injury prevention are recognized as central responsibilities within a population health paradigm. The key is to identify what strategies will have the greatest upstream impacts. A second, equally important stage is to decide what types of interventions to employ, who should employ them, to whom they will be directed, and when they will be implemented in order to best contribute to the desired health outcome (see Key Element 5).

Actions To Mobilize Key Element 4

4.1 Apply criteria to select priorities for investment

Health decision makers are unlikely to support upstream investments unless potential benefits are clearly identified. A population health approach uses the best evidence available to demonstrate return on investment of interventions. Methods to engage health decision makers to support upstream initiatives require both a quantification of cost effectiveness and an identification of anticipated positive health outcomes.

After the available interventions and their relative effectiveness have been identified (see Key Element 3), priorities for investment are selected based on the results of a strategic assessment process. The assessment process allows us to compare and choose investments

based on their ability to improve health outcomes. Criteria to guide investment decisions include, but are not limited to, the following:

- **Magnitude of the issue** (severity and scope of the impact of the issue/threat on the health of Canadians? current or anticipated health and economic burden?);
- **Status of current response** (what is being done? is it effective? what remains to be done?);
- **Ability to effect change** (modifiable health outcomes? potential impact? potential for addressing several health issues at once through a set of integrated actions? possibility that investment might do harm? proposed interventions supported by systematic, empirical evidence and/or cogent argument? technical, fiscal and political feasibility? readiness by key players to act? capacity? readiness of Canadians for change? likelihood of bringing benefits other than health benefits?);
- **Appropriateness for involvement** (fits mandate/roles of the organization? levers available? extent of value added? ease of implementation? is there public support?); and
- **Cost effectiveness** (potential health improvement relative to investments made?).

Under a population health approach, criteria to guide investment decisions are generated and agreed to among investor groups that seek to advance health.

4.2 Balance short and long term investments

A population health approach recognizes the tension between short and long term aims. Health problems have to be treated immediately, but at the same time upstream investments are needed to keep people healthy. These upstream investments require sustained support, as their impacts will be realized in the medium and long term. Examples of *short term initiatives* include responding to citizen concerns about the quality and accessibility of health care, food and drug safety, and emergency response procedures. *Medium term initiatives* include programs that favour equity, such as redistribution of resources and programs that invest in children, such as responding to windows of developmental opportunity. An example of a *long term initiative* is investment in alternative energy sources and other technologies that reduce stress on the physical environment. Population health approaches strive to strike an appropriate balance between investments at each level.

4.3 Influence investments in other sectors

A population health approach acknowledges that taking action on the social, economic and environmental health determinants requires influencing how other sectors apportion their resources. Investing resources to address these broader determinants of health can challenge the established interests of political leaders, some medical professionals and other groups that benefit from the status quo[13]. It is important, therefore, to undertake information and education initiatives to explain and justify investment allocation patterns that underpin a population health agenda.

Key Element 5: *Apply Multiple Strategies*

A population health approach integrates activities across the wide range of interventions that make up the health continuum: from health care to prevention, protection, health promotion and action on the broader determinants of health.

Definition and Rationale for Key Element 5

Current understandings that the health of populations is correlated with factors that fall outside as well as inside the health system, set the context for new approaches to health improvement. A population health approach calls for innovative and inter-connected interventions and strategies that consider the entire spectrum of health determinants. Based on the analysis of evidence, a mix of strategies is developed that potentially yields the greatest positive impact on population health outcomes. These interventions and strategies are applied within multiple settings such as the home, school, workplace and community.

Actions To Mobilize Key Element 5

5.1 Identify scope of action for interventions

Developing and pursuing a clear strategic approach further defines "doing things a population health way." Research shows that while a variety of strategic approaches can be used, the *incremental-comprehensive dimension* is most influential in mobilizing a population health agenda. The incremental-comprehensive continuum revolves around the following question: "How much should we take on?" The "incremental approach" implies a step-by-step process where, for example, only one or a few health determinants are acted upon initially. This approach starts out slowly with the view to develop strategies for other determinants over time. A "comprehensive approach" implies exhaustive action of all the factors that contribute to health. This approach acts on a broader complement of health determinants. A population health approach addresses the incremental-comprehensive dimension directly, and thereby, specifies what will be accomplished in both the immediate and longer terms.

5.2 Take action on the determinants of health and their interactions

Because the determinants of health interact with and influence one another, interventions which focus solely on one determinant of health are likely to be less effective unless complementary action is taken to influence a linked factor. A population health approach recognizes the interplay between determinants, and addresses both those that have historically been viewed as under an individual's control (such as personal health practices) as well as those that are farther removed from the individual or his immediate environment (such as income or working conditions).

5.3 Implement strategies to reduce inequities in health status between population groups

An underlying principle of a population health approach is that all people have an equal opportunity to develop and maintain their health. Population groups have unique requirements for health. A population health approach assesses need and develops strategies that accommodate the distinctive characteristics of population groups such as geography, disability, gender or culture. In addition, it strives to achieve greater equity in health outcomes between and within populations while recognizing variations in health resources. Inequities in health outcomes among population groups are often associated with inequities in social, economic and environmental conditions. A population health approach, therefore, implements actions and policies that generate social and economic environments which are conducive to higher standards of health for the population as a whole. Optimizing health outcomes for all citizens is a principal aim.

5.4 Apply a comprehensive mix of interventions and strategies

A population health approach should facilitate analysis and decision making about the relative contribution to health status of investments along the entire spectrum of health action: from health care to prevention, protection, health promotion and action on the broader determinants of health (social, economic, environmental)[4]. These categories of health intervention are interconnected, overlapping in some areas, and complementary. The analysis aims to identify the most appropriate mix of promotion, prevention, protection, care, and policy initiatives within the health sector in conjunction with interventions in other sectors (e.g. education, social services, industry, transportation, finance and justice) that may have an impact on health (see Key Element 6).

These interventions incorporate a range of strategies to improve health status and to reduce health inequities. Examples include policy development and coordination, regulatory actions, research, community action, capacity building, partnerships, education and public awareness, and organizational and administrative reviews. Not just strategies, but their combinations, must be analyzed to assess which ones will have the greatest impact on the health of the population. No one action could be effective on its own; it is the combination that produces results. They therefore need to be drawn together into a comprehensive initiative.

Interventions can operate on different levels. Currently our resources and attention are heavily focused on one-to-one individualized interventions within the health care system, aimed largely at the restoration of health. The challenge is to move beyond the individual to the family, community, region and Canadian society and to increasingly invest health resources upstream to address the root causes of health problems, not only their symptoms. In a population health approach, strategies may be directed at any level, depending on what is needed to improve the health of the population. Some strategies are community-wide and affect all members of the population while others are targeted at a sub-group of the population. The key is to make these levels of intervention mutually supportive and complementary.

5.5 Apply interventions that address health issues in an integrated way

A population health approach uses research to link key health issues to their determinants and to clarify the dynamics by which these factors combine to cause health or illness (see Key Element 2). Because many health issues are related through common risk/protective factors, the same life stage or setting, or their amenability to the same types of intervention, actions to address them can be integrated. This sets the stage for interventions that can address a number of health problems in a synergistic way and provide multiple benefits. We know, for example, that diabetes, cardiovascular disease and cancer share many of the same risk and protective factors. A concerted effort to address these common factors would protect against all three diseases, probably more effectively than three uncoordinated, disease-specific prevention programs.

5.6 Apply methods to improve health over the lifespan

While a population health approach focuses on the collective versus the individual, it accounts for individual experiences over the lifespan and recognizes the association between individual health experiences and health status at the aggregate or population level. A population health approach acknowledges that life events and transitions are mediated by social status, economic considerations, gender, community supports and other health determinants. It recognizes also that the various health determinants have a differential impact across the lifecycle. Life experiences and episodes such as transition from childhood to adolescence, employment changes, marriage, parenthood, retirement or bereavement can influence health and well-being[55]. It is important, therefore, to encourage interventions that meet the health challenges of these transition periods across the life span.

5.7 Act in multiple settings

A population health approach considers settings, and the contribution each can make, when assessing health and interventions. Programs and policies are developed and implemented where people live, learn, work and play. The aim is to create health-enhancing physical and social environments as a part of everyday life. Examples include: (a) promoting legislation for safe, supportive workplaces, (b) improving school design and operations for better student/teacher health, (c) supporting healthy cities initiatives through sound urban planning and management, (d) increasing public awareness of safe built environments, and (e) instituting regulations to protect the natural environment.

5.8 Establish a coordinating mechanism to guide interventions

Under a population health approach, a coordinating mechanism is established to guide the development and implementation of multifaceted, integrated interventions directed at the determinants of health and their interrelationship. Research demonstrates that coordinating mechanisms must be sufficiently supported to be effective[6]. They require, for example, (a) *capacity*, that is, they must be comprised of individuals with relevant knowledge and expertise who are assisted by competent support staff; (b) *political support*, that is,

endorsement from political and community leaders; and (c) *autonomy*, that is, the authority to make decisions about courses of action to meet health aims. In addition, coordinating mechanisms need to be based on sound management principles. In order to effectively guide interventions for healthy populations, coordinating mechanisms must assume core responsibilities such as funding, technical assistance, organization, management, education, communications, leadership and promotion (see Key Element 6).

Key Element 6: *Collaborate Across Sectors and Levels*

A population health approach calls for shared responsibility and accountability for health outcomes with multiple sectors and levels whose activities directly or indirectly impact health or the factors known to influence it.

Definition and Rationale For Key Element 6

"Intersectoral collaboration" is the joint action between health and other government sectors, as well as representatives from private, voluntary and non-profit groups, to improve the health of populations. It requires coordination and action within the health sector while engaging interests outside health.

Intersectoral collaboration is based on the understanding that health is determined by multiple, interrelated factors, and that creating and maintaining health requires action from those sectors whose work aligns with the various health determinants. Within a population health approach, the health sector works with other sectors not only to implement actions to improve population health, but also to realize the goals of the other sectors. Intersectoral action makes possible the joining of forces, knowledge and means to understand and solve complex issues whose solutions lie outside the reach of a single sector.

Intersectoral action takes different forms such as cooperative initiatives, alliances, coalitions or partnerships. It has two dimensions. The *horizontal dimension* links the health sector with different sectors at a given level. This includes links between the health sector and other government sectors such as economic, justice, environment and education; as well as with non-governmental representatives from the voluntary, non-profit and private sectors. Horizontal partnerships identify common goals and ensure coordinated planning, development and implementation of related policies, programs and services of sectoral partners. Horizontal collaboration is strengthened when vertical links are also achieved.

The *vertical dimension* links different *levels* within a given sector (e.g. where local, regional, provincial/territorial and national counterparts engage in collective action). Vertical relationships support and facilitate horizontal relationships and collaboration. Collaboration along the vertical dimension helps to ensure better coordination and alignment of purpose between, for example, (a) different levels of an organization such as front line workers and centralized policy makers, (b)

different levels of government such as municipal and provincial counterparts, or (c) different geographic regions of a country such as Atlantic and Central Canada. Both horizontal and vertical relationships and collaboration are important to achieve health gains under a population health approach.

Actions To Mobilize Key Element 6

In the discussion paper, *Intersectoral Action ... Towards Population Health*, the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1999) identifies several conditions for successful intersectoral collaboration which build on the international research and practice in this area.

6.1 Engage partners early on to establish shared values and alignment of purpose

Successful intersectoral initiatives to improve health are facilitated by the early engagement of potential partners from sectors outside health as well as different disciplines and levels within the health sector. Effective collaboration is more likely when participants have a clearly articulated purpose, based on shared values and interests. It is important to recognize that participating partners often place value on different things. For example, while people in the health sector value health, representatives from other sectors may place greater value on social issues, economic achievement or sustainable human development. The aim of collaborative work is to find common ground and to generate collective action to improve health.

Establishing a shared purpose allows partners to see how participation will help them to achieve their own mandate, as well as contribute to the larger good. Furthermore, consensus on shared purpose early on in the program planning cycle fosters effective working relationships which are vital to the successful implementation of health programs, policies and services at a later time (Federal, Provincial, Territorial Advisory Committee on Population Health, 1999).

Intersectoral action should be viewed as a "win-win" situation, whereby each party gains something, versus a competitive exercise based on sectoral "imperialism," where one sector is seen as benefitting from the work of others in order to fulfil its own purpose or mandate[6]. Collaborative action for improved health is facilitated by (a) addressing those issues that have meaning or salience to participating parties, (b) engaging people with varied and complementary skills, (c) encouraging comparability in attitudes and social outlook among members, and (d) enhancing positive personal ties among members. These factors also help to build stable and effective teams that work well together.

6.2 Establish concrete objectives and focus on visible results

Intersectoral work needs to translate a shared purpose into specific deliverables. Research indicates that successful intersectoral initiatives are characterized by a focus on concrete objectives that clearly outline a blueprint for action. Several benefits accrue from the clear articulation of population health goals. Health goals and objectives (a) make explicit the achievements expected from health investment, (b) foster political and community support, (c) help to reorient health systems from a focus on medical care to preventive services, (d) support policy direction, (e) document health gains for the short and longer terms, and (f) encourage the assessment of the impact of programs and policies on health (health impact assessment)[46,38,39,6]. Goals and objectives enable partners engaged in intersectoral work to clearly see what needs to be accomplished, how, by whom, and by when.

6.3 Identify and support a champion

Another important condition for successful intersectoral collaboration is to identify and support a champion. Although "champion" typically refers to an individual, it may also take the form of a group or collection of individuals. Champions are the public face of population health initiatives. They generate interest and excitement around population health issues and rally support to move a population health agenda forward. Research has demonstrated that at least three dimensions characterize an effective champion[5]:

- The champion is trusted, respected, non partisan (that is, not attached to any particular political agenda), and works effectively with political leaders.
- The champion is strongly committed to the determinants of health philosophy.
- The champion welcomes, encourages and successfully brokers multiple and varying perspectives to shape a population health agenda.

6.4 Invest in the alliance building process

Collaborative work across levels and sectors within a population health paradigm requires resources in the form of personnel and money. Partners must have the ability to commit both financial and personnel resources if the collaborative work is to be effective. Overall, intersectoral action is improved when the sufficient amount and mix of required resources are invested in the alliance building process.

Intersectoral collaboration is facilitated by personnel who are well-trained, specifically assigned to population health work, and drawn from a multitude of disciplines and professions[31]. Dedicated time to undertake this work is also important. Collaborative work requires:

- a common human resource plan that is documented and agreed to by all partner organizations;
- the identification of skills requirements and opportunities for training and development;
- the sharing of examples of innovative working methodologies.

Intersectoral work is challenged by established "stove-piped" budgeting practices that provide a disincentive to pool resources for common causes. Intersectoral collaboration requires (1) consensus on cost sharing by participating groups and (2) identification and resolution of barriers to pooling budgets.

6.5 Generate political support and build on positive factors in the policy environment

Since governments are major partners in intersectoral action, and because politics and public policy affect non-government partners, a population health approach is dependent upon political support and a public policy environment that facilitates collective action.

The success of intersectoral initiatives is greatly improved by an explicit link to the political level. This can be accomplished through the direct involvement of politicians in population health initiatives (e.g. membership on a committee), or through a clear liaison to the political level overseen by senior administrative officials. Visible political support and commitment advances intersectoral action by motivating and sustaining partner participation and ensuring access to necessary supports.

Intersectoral action on health also needs to acknowledge the existing public policy environment, and intersectoral partners need to adapt accordingly. Governments may, for example, pay more attention to the health impacts of policy decisions in a positive fiscal environment. Furthermore, Canadians may be more likely to support programs which benefit the most vulnerable members of society during times of economic strength. A clear reading and assessment of the public policy environment is an essential consideration of partners joined in intersectoral work.

6.6 Share leadership, accountability and rewards among partners

The Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1999) acknowledges the challenges associated with leadership of intersectoral initiatives. Leadership seems to be more about providing guidance and influencing action than about garnering control.

The health sector can assume one of two roles in intersectoral action for health: *leader* or *facilitator*[5]. Typically, the health sector assumes a leadership position in those population health initiatives that relate most directly to its mandate and fall within its realm of expertise. These include, but are not limited to: health promotion, personal health practices and coping skills, risk management, health surveillance, and health services. The health sector shoulders the role of facilitator when population health initiatives extend beyond established health interests or capacities. Initiatives addressing education, transportation or employment issues, for example, would be taken on by agencies and ministries representing these sectors. Under this scenario, the health sector facilitates partnerships and coordinates multi-sectoral initiatives, and relies on representatives of sectors outside health to address issues extending beyond its (the health sector's) own reach.

In addition, intersectoral collaboration within a population health context requires shared accountability for health outcomes. Sectors and levels work together to meet goals and objectives (that is, desired outcomes) they have reached consensus on. This extends logically to shared rewards. Health actions planned and implemented by multiple partners generate rewards and benefits for those sectors and levels that contribute to the effort.

Key Element 7: *Employ Mechanisms for Public Involvement*

A population health approach promotes citizen participation in health improvement. Citizens are provided opportunities to contribute meaningfully to the development of health priorities and strategies and the review of health-related outcomes.

Definition and Rationale For Key Element 7

A population health approach engages citizens through the public involvement process which recognizes the role, contribution and shared accountability of stakeholders, citizens and governments in the development of public policies for health improvement. *Public* is defined as individuals, consumers, citizens, special interest groups, industry, and scientific and professional associations. *Involvement* refers to the level of participation along a continuum. All points along the continuum represent valid contribution. The degree of involvement depends on the objectives of the exercise and desired level of public comment or influence.

Three activities span the public involvement continuum: (a) communication, (b) consultation, and (c) citizen engagement.

Communication: Communication strategies are employed when the aim is to inform and educate the public, convey issues or results, or prepare citizens for future initiatives that require greater public involvement. An important first step of every public involvement process is providing clear, accurate information so the public are fully informed about the issues. Citizens are also provided opportunities to represent their views, learn from others, and work collectively to establish common ground for improved health.

Consultation: Generally, consultation is chosen when there is a need to gather stakeholder views and/or provide opportunities for the public to discuss major issues or activities which affect them or represent a significant interest. At this stage, it is still possible for views to be considered in joint decision making, partnership in action on solutions, or the shaping of policy directions.

Citizen engagement: Citizens are engaged when they participate as important partners in program and policy development that involves societal-level values and trade-offs. Citizen engagement involves those groups for which a policy or program is intended, especially groups that have been previously disenfranchised. Citizens accept the challenge of generating solutions and strategies for

health improvement and work with government toward solution implementation. Typically, citizen engagement involves community-based and publicly driven initiatives where government assumes the role of facilitator or enabler. Decisions to involve citizens at the higher level of the continuum are guided by assessments of whether issues concern the formulation and implementation of policies and programs that involve potential conflicts in values or identity, difficult choices or tradeoffs, or have a major impact on citizen lives[40].

A principal benefit of public involvement is that public confidence in decision making and information sharing is increased, as those citizens who are most affected by a health issue contribute to possible solutions early in the planning process. Meaningful public involvement yields other value-added benefits which include:

- Building relationships based on trust, transparency, accountability, openness and honesty.
- Integrating a wider range of public needs, interests and concerns into decision making.
- Resolving problems more effectively, through collaborative means.
- Ensuring that decisions and solutions incorporate perspectives, knowledge and technical expertise that would not otherwise be available.
- Placing issues and projects within a broader technical, social, cultural or ethical context.
- Increasing the level of public acceptance and ownership of decisions and policies.

A population health approach places people at the centre and views citizens as active participants in creating and maintaining health across the life span[55].

Actions To Mobilize Key Element 7

7.1 Capture the public's interest

A population health approach not only informs the public of health as a matter of legitimate concern, but aims to generate interest and excitement about health within the public consciousness. The "green environmental movement" of the past few decades is a good example[55]. Population health approaches endeavour to place health and its associated determinants as relevant and sustainable concepts in the public's mind and seek broad-based public acceptance and endorsement of health issues and agendas.

7.2 Contribute to health literacy

By engaging citizens, population health approaches advance the health literacy of individuals and communities. Health literacy refers to the experiences, exposures, values, attitudes, beliefs, assumptions and knowledge of health-related issues within populations.[5] Public

education campaigns are a common way to foster health literacy. Such campaigns draw upon social marketing concepts and make effective use of various communications mediums including print, television, radio and the Internet. They also include alternate formats such as braille, talking books and closed captioning for persons with physical disabilities. Health literacy means that citizens are more informed on health issues. They become better health consumers who make informed choices about their own health and that of their communities. Besides advancing health literacy, population health approaches assess the existing level of health literacy within populations, as part of the program/policy development process, so that messages are understood and well-received by citizen groups.

7.3 Apply public involvement strategies that link to overarching purpose

A population health approach clearly defines the reason for public involvement and then applies strategies to meet its purpose. It identifies and applies strategies and matching techniques along the public involvement continuum to answer the question: "What is my need, and what is the best strategy to address it?" Public involvement strategies and techniques can be grouped into five levels:

Level 1: *Inform and educate* through communication mechanisms, ensuring presentation and language are suitable for the target group or audience. This is the preferred strategy when the aim is to notify the public about a decision, share results of a process/initiative, generate support for a proposal or program/policy direction, or set the basis for more in-depth public involvement at a later time. Examples of Level 1 techniques include advertising and social marketing, information kits and toll-free telephone numbers.

Level 2: *Gather information and views*. Level 2 techniques are employed when the purpose of public involvement is to listen and gather information, solicit input on evolving policy decisions, or seek comment on issues in the absence of any firm commitment to act on those views (participants are advised from the outset of this intention in order to manage expectations). Examples of Level 2 public involvement techniques include bilateral meetings with stakeholders, community or public meetings and citizen questionnaires.

Level 3: *Discuss* or *involve* through consultation.[5] Level 3 techniques are the strategy of choice when two-way information exchange is needed and individuals and groups are affected by and expected to influence the final outcome. Advisory committees, boards or councils, online discussion group and list servers, and workshops are examples of Level 3 techniques.

Level 4: *Engage* citizens. Citizens are engaged when their input is sought on complex and value-laden issues and when they contribute to shaping policies and decisions that affect them. Examples of Level 4 techniques include Delphi review processes, retreats and round tables.

Level 5: *Partner* with citizens. Level 5 techniques for public involvement are most useful when the aim is to empower citizens and groups to manage the planning/policy process. Partnering is effective also when there is an agreement between citizen groups and government to jointly

implement solutions. Citizens' juries, citizens' panels and study groups represent examples of Level 5 techniques.

The selection of public involvement strategies is dependent on a number of factors. They include: (a) the nature and complexity of the issue, (b) the goal and phase of the planning/policy process, (c) the expected level of participant influence, (d) participant profiles (i.e., the mix of citizens versus interest group representatives), (e) previous experience of facilitators with public involvement techniques, (f) time lines, financial costs, human resources and expertise, (g) degree of intersectoral collaboration required, and (h) level of support for public involvement processes from stakeholders and government partners.

Key Element 8: *Demonstrate Accountability for Health Outcomes*

Population health focuses on health outcomes and on determining the degree of change that can actually be attributed to interventions.

Definition and Rationale For Key Element 8

Accountability in the past focused much more on inputs (resources utilized), processes (activities) and products. Under a population health approach, a much greater emphasis is placed on accountability for health outcomes and determining the degree of change that can actually be attributed to interventions. This has an impact on planning and goal-setting processes as well as on the choice of interventions or strategies employed. In making decisions on the best investment of resources, strategies that have the potential to produce the *greatest* health gains within acceptable resource limits will be given priority.

Outcome evaluation is essential in a population health approach. It examines long-term changes in both health status and the determinants of health. These include changes in knowledge, awareness and behaviour, shifts in social, economic and environmental conditions, as well as changes to public policy and health infrastructure. Outcome evaluation also seeks to measure reduction in health status inequities between population sub-groups. It is important to identify and measure short, medium and long-term outcomes to ensure on-going support and relevance of the activity for players whose agendas are shorter term.

Many who are responsible for health policies and programs may resent or fear accountability, given the many factors outside of their control which can impact on health outcomes. They should be reassured that the approach recommended here includes considering the full range of reasons for meeting or not meeting a target. If the suicide rate goes up, it may not be that the program has failed; if it goes down, it may not mean that the program has succeeded. The important question is: what else was going on at the same time which also had an impact?

Longer-term outcome evaluation is essential to a comprehensive evaluation program, which also includes process evaluation (to determine whether a policy or program is meeting its goal and reaching its target population) and impact evaluation (to measure immediate results of a program or policy).

Regular and timely reporting of evaluation results and outcomes with Canadians, partners, policy and decision makers is an integral part of a population health approach.

Actions To Mobilize Key Element 8

8.1 Construct a results-based accountability framework

A population health approach encourages the development of a results-based accountability framework, which establishes clear accountabilities and performance measures at the outset of health programs and activities. Results-based accountability frameworks are agreed upon by the main partners and include the following:

- a clear statement of the roles and responsibilities of the main partners involved in delivering the policy, program or initiative (e.g. a sound governance structure);
- a clear and logical design that ties resources to expected results (e.g. a results-based logic model that shows a logical sequence of resources, objectives, activities, outputs and key results for the policy, program or initiative);
- an outline of the performance measurement strategy, including costs and performance information (key indicators) that will be tracked (to allow managers to track progress, measure results, support subsequent evaluation work, learn and, through this, make adjustments to improve on an ongoing basis);
- the schedule of major evaluation work expected to be done; and
- an outline of the reporting provisions to ensure transparency and accountability of health actions to the public, stakeholders and program funders who have an interest (and duty) to be informed on program progress (or lack thereof).

Results-based management and accountability frameworks should convincingly demonstrate the intention and capacity to measure performance against key results commitments on an ongoing basis (ongoing performance measurement) and periodically through evaluation. A sound performance measurement strategy should cover:

- Main activities of the program (what will be done?)
- Clients or target populations (who will benefit?)
- Expected results (what will be achieved?)
- Performance indicators (how will we objectively know?)

- Data sources (where will we get the information?)
- Methodological considerations (how will we measure and analyze, and at what costs?)

8.2 Ascertain baseline measures and set targets for health improvement

Baseline data collection, target setting and health goals are important aspects of a population health approach. Baseline measures represent current statistical levels on health-related indicators. Targets are quantified statements of the level/magnitude, direction and timing of desired change expected on an indicator. Indicators are statistical measures which are usually stated in rate form[5,13]. Generally, the term "health goals"[6] is used in a generic sense and refers to a planning framework that typically includes goals, objectives, indicators, targets and strategies.

Without specific targets to guide health actions, expectations for health gains remain vague. Targets specify the amount and timing of desired change expected on an indicator; they set forth the parameters of success. The articulation of health goals and targets includes the clear delineation of strategies to be undertaken and parties responsible for achieving targets.

The international literature reveals five possible approaches to target setting. They are: (a) *historical comparisons* where targets are based on the extrapolation of levels on an indicator from past and present levels to future estimates; (b) *normative comparisons* where targets are set based on the level of performance on an indicator achieved by similar programs, interventions, or policies in comparable jurisdictions or settings (normative standards are often referred to as benchmarks); (c) *theoretical standards* where targets are based on what research and theoretical evidence would suggest is reasonably achievable; (d) *ideal* or *absolute standards* where targets aim for complete eradication of the problem or universal achievement of the health goal; and (e) *compromise standards* where targets are negotiated through some adjudication of the other four methods[5,33]. Choice of the target-setting method depends on several issues such as the current state of knowledge (theoretical basis of the issues at hand) and the availability and accessibility of comparable data sets.

Establishing baseline measures and target setting facilitates the tracking of indicators over time. This helps to assess the effectiveness of various policies, programs and interventions which, in turn, increases accountability for (government's) investment of resources. In addition, target setting and monitoring holds significant persuasion power for actors who need to see evidence of change/improvement in order to justify their support for a sustained population health agenda.

Research demonstrates that target setting relating to the health determinants, which often involves sectors other than health, is difficult[7][5]. Experience in several jurisdictions reveals, however, that efforts undertaken to overcome challenges associated with target setting are worth the potential benefits accrued. Under a population health approach, health goals are instrumental in advancing policy making, program planning and evaluation, resource

reallocation, population-based planning methodologies and health status and health system monitoring[13,39,43,5].

8.3 Institutionalize effective evaluation systems

Evaluation methods span the spectrum of process, impact and outcome evaluation[18]. A population health approach acknowledges the planning-evaluation cycle, reinforces the role of evaluation in health status monitoring and develops systems to institutionalize evaluation methodologies. Effective evaluation strategies promote population health approaches by (a) providing a rationale for undertaking specific health actions or policies, (b) furnishing an internal correction mechanism to signal necessary changes in policy direction, and (c) rallying political support for specific interventions and associated resource requirements. In this way, evaluation systems may support the sustainability of population health initiatives by making clear the positive impact of various activities and programs on population health status.[8]

Specific actions to facilitate the development and application of evaluation mechanisms for population health can be drawn from work recently completed by the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation (1999). In "Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers," the working group suggests the following actions:

- Encourage participatory approaches to evaluation that support meaningful involvement by those with an interest in or who are potentially affected by the initiative.
- Agree upon a set-aside percentage of total financial resources to support evaluation costs.
- Support the use of multiple evaluation methods that allow for the assessment of both process and outcome information.
- Fund research on appropriate approaches and tools for population health evaluation.
- Establish a training and education infrastructure to develop expertise in the evaluation of population health initiatives.
- Create and support forums and networking opportunities for information sharing on the challenges and methods of population health evaluation.

8.4 Promote the use of health impact assessment tools

A population health approach develops and utilizes accountability tools that have been tested and applied, such as *health impact assessment*. Similar to environmental impact assessment, health impact assessment tools support increased accountability for actions and investments in health. They do this by setting forth criteria for determining the *health impact* of current or proposed policies and programs - both health and non-health. This has the benefit of a consistent process across sectors to looking at health impacts, and the engagement of sectors who would not normally consider how their decisions effect health. However, unless this process is enforced in some high profile way (e.g. by the Auditor General), it is not likely to be effective.

8.5 Publicly report results

Public reporting of the impact of population health initiatives is a cornerstone of a population health approach. As mentioned above, engaging the public and partners from multiple sectors to work toward improved population health status (and movement on indicators representing the determinants of health) requires effective, attention-getting communication strategies[25]. Examples include: (a) population health "report cards" at national, provincial and regional/ municipal levels, (b) cataloguing and sharing "best practices," and (c) documentation of case studies that illustrate precisely how population health initiatives are undertaken and sustained. Public reporting may also target special population groups, especially those confronting particular risk factors or conditions. Reports, for example, may focus on women, children, immigrant and refugee populations, aboriginal people or people with disabilities.

Additionally, effective strategies for knowledge transfer and policy uptake of research findings and evaluation results must be implemented to influence appropriate decision makers and increase the evidence base (see Action 3.6).

V. Closing Remarks

An underlying aim of the *Population Health Template* is to encourage discussion and action on population health. The template articulates eight key elements and many associated actions to guide the development and implementation of policies and programs that align with population health principles and concepts.

Applying the *Population Health Template* poses several implications. For example, different user groups (such as policy makers, program planners, and practitioners) may find some aspects of the template more applicable to their work than others. In addition, initiatives that address specific health issues may draw more heavily on some of the key elements than others. Additional factors and conditions that influence the application of the template include (a) the overall intent or aim of the initiative, (b) the target audience, (c) the outcomes being sought, and (d) the resources available. Because application of the *Population Health Template* will vary, users would be well served to become familiar with the full complement of elements that comprise it; and then make judgments about how to best apply the template, relative to their own aims, ambitions and needs.

Endnotes

1 Named after the then-federal Minster of Health and Welfare, Marc Lalonde, the Lalonde report signified the first time that a major government publicly acknowledged that medicine and the health care system play only a partial role in determining health status. It explored how factors other than health care influenced and contributed to health, and identified human biology, lifestyle, the environment and the availability of health services as key influencing factors.

2 Released by the Federal Government, Minster of Health and Welfare, Jake Epp, as a follow-up to the Lalonde Report, this document set out a matrix of health promotion challenges, mechanisms and strategies and give more prominence to the broader determinants of health[23].

3 Adopted in 1986 at the First International Conference on Health Promotion, held in Ottawa, Canada, the *Ottawa Charter for Health Promotion* identified five key strategies for health promotion practice and "new public policy" which included building healthy public policy, creating supportive environments, strengthening community action, developing personal skills and reorienting health services[25]. The Ottawa Charter has been credited by some writers as fueling the diffusion of the ecological approach in health promotion[17].

4 The "broader determinants" of health generally refers to societal factors such as social, economic and environmental conditions.

5 Regardless of the method employed, consultation mechanisms should (a) strive for fair inclusion of those parties whose interests are involved or potentially involved and clearly delineate the criteria applied to guide the selection of parties or individuals for consultation, (b) consider both *breadth* of representation (that is, how broad the net is cast in terms of the number of different interests consulted), and *depth* of representation (that is, the relative amount of consultation provided by each party consulted); and (c) accommodate the varying level of consultation required throughout the developmental phases of a population health initiative or project[43].

6 Generally, the term "health goals" is used in a generic sense and refers to a planning framework that typically includes goals, objectives, indicators, targets and strategies. In its specific form, "goals" refer to broad statements of desired conditions that are potentially attainable in the long term. "Objectives" are specific, measurable statements of intent that state the direction of expected change and strive to answer the questions of "who," "how much," "of what," and, "by when." "Indicators" constitute measures or statistics that allow measurement of change or progress. "Targets" are quantified statements of the amount and timing of desired change expected on an indicator, are usually stated in rate form, and stipulate the date by which the jurisdiction expects to achieve the change. "Benchmarks" are a reference point, a constant against which measurements and comparisons can be made. "Strategies" or "priority actions" comprise the specific actions taken or methods employed to accomplish the stated goals and objectives[5].

7 Difficulties in setting targets for the determinants of health is due to (a) a paucity of relevant data in sectors outside health, or (b) reluctance on the part of colleagues in other sectors to share information that would assist the target setting process. Research also demonstrates that while political leaders often support accountability measures, they may resist setting quantified targets because doing so may (a) require an infusion of new funds, (b) compel difficult resource reallocation decisions, and (c) prove to be politically embarrassing to the government of the day (if the targets are not met)[5,6].

8 Although the international literature reveals significant examples of population health approaches, less is documented on their effectiveness. The paucity of evaluation research has been due in large part to the limited life span of population health initiatives. More time is needed for population health initiatives to unfold before they can be evaluated for effectiveness outcomes. This should not, however, delay the ongoing development of evaluation methodologies for future application.

9 Health impact assessment tools vary by evaluation criteria. They include: (a) likely effect of proposed interventions (policy/program/activity) on current and future population health status, (b) potential for decreasing inequities in health status between population groups, (c) potential number and characteristics of people expected to benefit, (d) degree to which proposed intervention is consistent with meeting health targets (related to health status and health determinants), (e) effectiveness of the intervention, (f) resource requirements for interventions, and (g) difficulties with implementation[25].

References

1. British Columbia. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1996). *A report on the health of British Columbians: Provincial Health Officer's annual report.*
2. British Columbia. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1997). *Health Goals for British Columbia.*
3. Canadian Public Health Association. (1986). *Ottawa charter for health promotion.* Ottawa, ON: Author.
4. Canadian Public Health Association. (1992). *Caring about health: Issue paper on federal/provincial/territorial arrangements for health policy*. Ottawa, ON: Author.
5. Chomik, T.A. (1998). *Case study of health goals development in the province of British Columbia.* Doctoral dissertation. University of British Columbia.
6. Chomik, T.A. & Frankish, C.J. (1999). Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets: The British Columbia experience. *Canadian Journal of Public Health*, November-December, S39-42.
7. Epp, J. (1986). *Achieving health for all: A framework for health promotion*. Ottawa, ONT: Health and Welfare Canada.
8. Evans, R., & Stoddard, G. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine,* 31, 12.
9. Evans, R., Barer, M., & Marmot, T. (1994). *Why are some people healthy and others not?: The determinants of the health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
10. Eyles, J., & Birch, S. (1993). A population needs-based approach to health-care resource allocation and planning in Ontario: A link between policy goals and practice? *Canadian Journal of Public Health,* March-April, 112-117.
11. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. (1994). *Strategies for population health: Investing in the health of Canadians*. Report prepared for the Meeting of the Ministers of Health: Halifax, NS. September 14-15, 1994. Ottawa, ON: Health Canada.
12. Frank, J. (1995). Why population health? *Canadian Journal of Public Health*, May-June, 162-164.
13. Frankish, C.J., Green, L.W, Ratner, P.A., Chomik, T.A., & Larsen, C. (1996a). *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy*: A report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada. Vancouver, BC: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research.
14. Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Green, L.W., Chomik, T.A., Larsen, C., & Olsen, L. (1996b). *Building regional health objectives: An application of the PRECEDE model for health promotion planning*. (Unpublished manuscript).

15. Green, L. W., Wilson, R. W., & Bauer, K. G. (1983). Data requirements to measure progress on the objectives for the nation in health promotion and disease prevention. *American Journal of Public Health,* 73(1): 18-24.

16. Green, L.W. (1994). Refocusing health care systems to address both individual care and population health. (Conference Proceedings). *Clinical Investigative Medicine*, 17(2), 133-41.

17. Green, L.W. (1996). Bringing people back to health. *Promotion & Education*, 3, 23-26.

18. Green, L.W. & Ottoson, J.M. (1999). *Community and population health*. (8th ed.). New York: WCB/McGraw-Hill.

19. Hamilton, N. & Bhatti, T. (1996). *Population health promotion: An integrated model of population health and health promotion*. Health Promotion Development Division, Health Canada.

20. Hayes, M. & Dunn, J. (1998). *Population health in Canada: A systematic review*. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Network Study H01.

21. Hayes, M. & Glouberman. (1999). Population health, sustainable development and policy future. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Network Study H/01.

22. Health Targets and Implementation Committee. (1988). *Health for all Australians. Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council.* Canberra, AUT: Australian Government Publishing Service.

23. Health Canada. (1996a). *First report on the health of Canadians.* Federal, Provincial and Territorial Committee on Population Health.

24. Health Canada. (1996b). *Towards a common understanding: Clarifying the core concepts of population health.* A Discussion Paper.

25. Health Canada. (1998a). *In the Name of Health: Canada's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Perspective*. A background paper for participants at the Cambridge International Health Leadership Program, "Improving Population Health: Management Issues and Actions." Judge Institute of Management Studies, University of Cambridge.

26. Health Canada. (1998b). *Taking action on population health: A position paper for Health Promotion and Programs Branch staff.*

27. Health Canada. (1999). *Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians*. Federal, Provincial and Territorial Committee on Population Health.

28. Health Canada. (2000). *Policy toolkit for public involvement in decision making.* Corporate Consultation Secretariat, Health Policy and Communications Branch.

29. Hertzman, C. & Keating, D., Eds. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations*. New York, Guilford Publications, Inc.

30. Kickbusch, I. (1996). Keynote address presented on the occasion of the Healthy People 2000 Consortium Meeting, *Building the prevention agenda for 2010: Lessons learned*. New York, November.

31. Labonte, R. (1998). *Population health and health system restructuring: Has our knowledge of social and environmental determinants of health made a difference?* A synthesis paper prepared for the Synthesis and Dissemination Unit, Health Promotion and Programs Branch, Health Canada.

32. Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Ontario: Health and Welfare Canada.

33. McGinnis, J.M. (1984)."Setting National Objectives in Disease Prevention and Health Promotion: The United States Experience." In W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.). *Oxford textbook of public health*. Volume 3. (pp. 385-401). Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.

34. McKinlay, J.B., McKinlay, S.M. & Beagehole, R. (1989). A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *International Journal of Health Services*, 19, 181-208.

35. McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.

36. Miles, M. B., Hubermann, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. (2nd ed.). London: Sage.

37. Minister of Supply and Services Canada. (1994). *Strategies for population health: Investing in the health of Canadians.* Ottawa, ONT: Minster of Supply and Services Canada.

38. Nutbeam, D., Wise, M. Bauman, A., Harris, E., & Leeder, S. (1993). *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond.* Portland, OR: International Specialized Books Services. (Also published by Canberra: Australian Government Publishing Service).

39. Nutbeam, D., & Wise, M. (1996). Planning for Health for All: International experience in setting health goals and targets. *Health Promotion International*, 11(3), 219-226.

40. O'Hara, Kathy. 1997. "Securing the Social Union: Next Steps," *Canadian Policy Research Networks Reflection,* 2 November 1997.

41. Pinder, L. (1994). "The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible." In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.). *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 92-106). Toronto: W.B. Saunders Canada.

42. Rafuse, J. (1995). Population-health concept challenges dominance of clinical medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 152(2), 242-245.

43. Ratner, P., Green, L., Frankish, J., Chomik, T., & Larsen, C. (1997). Setting the stage for health impact assessment. *Journal of Public Health Policy*, 18(1), 67-79.

44. Roos, N. (1995). From research to policy: What have we learned from designing the population health information system. *Medical Care*. Vol 33, Number 12, 132-145, Supplement.

45. Roos, N., Black, C., Frohlich, N., & DeCoster, C. (1996). Population health and health care use: An information system for policy makers. *The Milbank Quarterly*, Vol. 74, No. 1., 3-31.

46. Spasoff, R. (1987). Health goals and the public health. *Canadian Journal of Public Health*, 78, 291-292.

47. Sherman, G., Mathias, R. (1996). Surveillance support for population health decision making. *Canadian Journal of Public Health*, July-August, 221-222.

48. Tannen, L., & Liebman, J. (1988). Population based planning as a tool for health plan development. *American Journal of Health Planning*, 3(3), 48-54.

49. US Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Department of Health and Human Services, Public, Health Service, Washington, DC.

50. World Health Organization. (1978). *Alma-Ata. Primary health care*. Geneva: Author. (Health for All Series, No.1)

51. World Health Organization. (1981). *Global strategy for health for all*. Geneva: Author.

52. World Health Organization. (1986). *Ottawa charter on health promotion*. Copenhagen: World Health Organizational Regional Office for Europe.

53. World Health Organization Regional Office for Europe. (1991). *Targets for health for all*. Copenhagen: Author.

54. World Health Organization Regional Office for Europe. (1999). *The Verona Benchmark:System characteristics for implementation of investment for health approaches*. Copenhagen: Author.

55. Zollner, H. & Lessof, S. (1998). *Population health-Putting concepts into action*. For the World Health Organization, Regional Office for Europe.

Santé Canada Health Canada

Le modèle de promotion de la santé de la population :

Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population

Ce rapport a été élaboré par la Direction de la politique stratégique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, avec le soutien de madame Treena A. Chomik, Ph.D. qui a préparé les versions antérieures.

Ebauche: Juillet 2001

Santé Canada
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Politique stratégique

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteures,
et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada.

Table des matières

I. Objet et utilité du Modèle de promotion de la santé de la population 1

II. Santé de la population : définition et historique 3

III. Structure du Modèle de promotion de la santé de la population. . . . 3

Figure 1. Éléments clés en santé de la population. 7

Tableau sommaire des éléments clés en santé de la population 8

IV. Modèle intégral des éléments clés en santé de la population 9

Élément clé 1 : Placer la santé des populations au centre des préoccupations 9

1.1 Déterminer les facteurs de mesure de la santé 9

1.2 Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités dans l'état de santé des populations pour déterminer l'état de santé 10

1.3 Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu . . . 11

Élément clé 2 : Examiner les déterminants de la santé et leur interaction. 12

2.1 Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé. 13

2.2 Mesurer et analyser les déterminants de la santé, et leur interaction, pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants . 13

Élément clé 3 : Fonder les décisions sur des données probantes. 16

3.1 Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes. 17

3.2 Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données. 18

3.3 S'appuyer sur des sources de données variées 18

3.4 Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées 18

3.5 Déterminer les interventions efficaces et les évaluer 19

3.6 Diffuser l'information et en accroître la disponibilité 20

Élément clé 4 : Accroître les investissements en amont 21

4.1 Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement 22

4.2 Équilibrer les investissements à court et à long termes. 23

4.3 Influencer les investissements dans d'autres secteurs 23

Élément clé 5 : Miser sur des stratégies multiples. 24

5.1 Déterminer l'étendue des interventions 24

5.2 Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction 25
5.3 Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques 25
5.4 Utiliser un éventail complet d'interventions et de stratégies 25
5.5 Mettre en oeuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée. 26
5.6 Mettre en oeuvre des méthodes qui améliorent la santé des individus au cours du cycle de la vie 26
5.7 Agir dans différents milieux 27
5.8 Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions 27

Élément clé 6 : Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs 28
6.1 Mobiliser les partenaires au début du processus pour l'établissement de valeurs et de visées communes 29
6.2 Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets. . . 30
6.3 Identifier et soutenir un chef de file 30
6.4 Investir dans un processus d'établissement d'alliances. 30
6.5 Générer l'appui politique et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques 31
6.6 Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires . . 32

Élément clé 7 : Prévoir des mécanismes encourageant la participation du public 32
7.1 Susciter l'intérêt du public. 34
7.2 Contribuer à l'accroissement du niveau de connaissances en santé 34
7.3 Mettre en oeuvre des stratégies de participation du public qui s'harmonisent avec l'objectif fondamental 35

Élément clé 8 : Démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan santé 36
8.1 Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats 37
8.2 Déterminer les mesures de référence et fixer des objectifs d'amélioration de la santé 38
8.3 Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces 39
8.4 Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation de l'impact sur la santé 40
8.5 Diffuser publiquement les résultats. 41

V. Observations finales 42
Notes. 43
Bibliographie. 45

I. Objet et utilité du Modèle de promotion de la santé de la population

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* sert à ordonner et à regrouper les connaissances actuelles en santé de la population. Le modèle décrit les processus et procédures nécessaires pour mettre en oeuvre une approche axée sur la santé de la population. Il sert de guide pour bien évaluer l'état de préparation et la capacité de mettre sur pied des projets en santé de la population. Parce qu'il s'appuie sur les progrès déjà réalisés en promotion de la santé et en santé publique, le *Modèle de promotion de la santé de la population* est une ressource précieuse pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs et qui se consacrent à l'amélioration de la santé de la population.

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* peut être utilisé par différents groupes à diverses fins :

- Les *stratèges* et *planificateurs de programmes* peuvent utiliser le modèle pour orienter et diriger la mise en oeuvre de politiques et de programmes de manière que les projets reflètent les éléments clés en santé de la population.

- Le modèle aide les *éducateurs en matière de santé* dans la création de programmes et de matériel de formation qui renforcent et appuient les démarches d'amélioration de la santé de la population.

- Le modèle peut offrir aux *évaluateurs* un ensemble de critères destinés à évaluer les programmes de santé par rapport aux éléments clés de la santé de la population.

- *Les personnes qui rédigent ou qui étudient les demandes de subventions* peuvent utiliser le modèle pour évaluer à quel point les demandes de financement s'accordent avec les concepts établis en santé de la population.

- Pour les *chercheurs et les professeurs d'université,* le modèle peut servir à vérifier les postulats et hypothèses en matière de santé de la population (et donc à faire progresser la théorie) et à soutenir la création de modèles et la mise en oeuvre d'outils en matière de santé de la population.

Santé Canada définit la santé de la population comme une approche et un élément fondamentaux pour l'élaboration de politiques et de programmes visant l'amélioration de la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les concepts et les idées proposées dans ce rapport correspondent au projet de Santé Canada consistant à promouvoir une approche axée sur la santé de la population au Canada.

Le rapport a comme principal objectif d'enrichir et de faire progresser notre connaissance de l'approche axée sur la santé de la population, ainsi que de susciter la discussion sur la nature de cette approche et sur la façon de la mettre en oeuvre. Étant donné que ce rapport expose les déterminants qui se manifestent à l'extérieur du secteur de la santé dans cette approche axée sur la santé de la population, il est donc détaillé et complet. Pour faciliter l'opérationnalisation d'une approche axée sur la santé de la population, un outil de mise en application qui réunit les concepts clés de ce rapport a également été créé.

II. Santé de la population : définition et historique

Aujourd'hui, lorsqu'on parle de santé, on parle généralement de « santé de la population », et ce discours a évolué au cours des deux dernières décennies et s'appuie sur une longue expérience dans le domaine de la santé publique, de la santé communautaire et de la promotion de la santé. Depuis le début des années 1970, le Canada a joué un rôle de chef de file dans l'élaboration de concepts en santé de la population par l'intermédiaire de ses travaux mondialement reconnus dans le secteur de la promotion de la santé. Le Canada jouit d'une solide réputation grâce à son importante contribution dans les secteurs de la santé communautaire, de la protection de la santé, des politiques de santé publique, et de son apport au mouvement Cités/communautés en bonne santé [22].

Notre perception actuelle de la santé de la population reflète l'évolution de notre pensée sur la définition de la « santé ». Nous reconnaissons que la santé représente une capacité ou une ressource dans la vie de tous les jours qui nous permet de poursuivre nos objectifs, d'acquérir des compétences et de nous instruire, de croître et de réaliser nos aspirations personnelles [2,26]. Cette vision de la santé est le fondement qui nous permet d'envisager une approche en santé de la population qui tient compte du fait que de multiples facteurs et éléments contribuent à l'amélioration de la santé. En 1997, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) a défini la santé de la population de la manière suivante :

> *La santé de la population désigne la santé d'une population telle qu'elle est mesurée par des indicateurs de l'état de santé et telle qu'elle est influencée par les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité individuelle et les aptitudes à l'adaptation, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé.*
>
> *Comme approche, la santé de la population est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition, elle applique les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations. »*

Une approche axée sur la santé de la population intègre la gamme complète de facteurs individuels et collectifs qui ont une incidence sur la santé. Les stratégies en santé de la population sont conçues pour s'adresser à la population entière ou à des groupes démographiques. Une telle approche a comme principaux objectifs de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population en général et de réduire les inégalités dans l'état de santé entre les différents groupes démographiques.

Les résultats ou les avantages d'une approche axée sur la santé de la population bien au-delà de l'amélioration de la santé des populations. Une population qui jouit d'une meilleure santé contribue davantage, et de manière plus productive, au développement social dans son ensemble; elle exige aussi moins de soutien en matière de soins de santé et de prestations sociales et a un plus grand degré d'autosuffisance et d'autonomie à long terme [17]. Les mesures qui entraînent une meilleure santé procurent aussi de grands avantages sur le plan social, économique et environnemental pour l'ensemble de la population. Ces avantages comprennent l'établissement d'un système de santé durable et équitable, le raffermissement de la cohésion sociale et de l'engagement des citoyens, la hausse de la croissance et de la productivité, et l'amélioration de la qualité de vie.

Contexte et historique en matière de santé de la population

Plusieurs publications et documents montrent l'évolution des concepts de promotion de la santé et de santé de la population et sont à l'origine de notre savoir actuel sur les conditions qui favorisent la santé des gens et sur celles qui les maintiennent en santé. La publication du rapport Lalonde[1] , reconnu sur le plan international, en 1974 : *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*[32], suivi du rapport *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotin de la santé*[2] [7], et de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [3] [3], ont élargi le bagage de connaissances des Canadiens en cette matière en mettant l'accent sur les facteurs multiples et les mesures qui ont une incidence sur la santé.

En 1994, le CCSP a préparé un document de discussion, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population - Investir dans la santé des Canadiens,* qui proposait un cadre national de discussion sur la santé de la population. Ce rapport signifiait aussi l'engagement officiel du Canada dans une approche axée sur la santé de la population. Depuis lors, les efforts du gouvernement pour faire progresser la santé de la population ont été appuyés par les travaux de plusieurs « groupes de réflexion » dans l'ensemble du Canada, et plus particulièrement par ceux de l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA). Le Programme en santé de la population de l'ICRA est mondialement reconnu pour l'élaboration d'un cadre conceptuel qui fait la synthèse des connaissances provenant d'un large éventail de disciplines et qui reconnaît l'interaction complexe des déterminants de la santé.

Plus récemment, le CCSP a préparé le *Premier Rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes* (1996)[23] qui fournit un cadre général de présentation de comptes rendus sur la santé des Canadiens et représente la première étape en vue d'une évaluation globale de la santé de la population. Plus tard, en 1999, le CCSP a publié *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ce rapport qui fait autorité en matière de politique publique traite de l'analyse et de l'organisation d'une approche axée sur la santé de la population. Il examine l'état de la santé et les principaux facteurs ou « déterminants » qui ont une incidence sur la santé des Canadiens, quel que soit leur âge, et traite des conséquences des conclusions de ce rapport dans l'élaboration d'une politique, dans la pratique et pour la recherche. Le rapport cerne des secteurs d'intervention prioritaires et les stratégies appropriées dans chaque secteur; ces stratégies peuvent être utilisées par différents acteurs aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Enfin, un document de principes

intitulé *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*[26] (www.population-health.com) a été élaboré par Santé Canada pour permettre à ses employés de mieux connaître l'approche axée sur la santé de la population.

L'intérêt pour une approche axée sur la santé de la population n'existe pas seulement au Canada, il y a d'autres exemples sur la scène internationale en cette matière :

- Le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro) a mis sur pied le « Projet Véronne » qui garantit une large diffusion et une adhésion généralisée à l'approche « Investissement pour la santé » de l'OMS/Euro. Il a produit le *Verona Benchmark*, qui détermine les caractéristiques qu'un pays, une région ou un secteur local devrait posséder pour créer, développer, maintenir et améliorer la santé de la population par l'intermédiaire d'une collaboration intersectorielle dans une stratégie sur la santé.

- Un des secteurs prioritaires de la Population Health Division d'Australie en 2000-2001 est l'intégration effective de l'approche axée sur la santé de la population à l'ensemble du système de santé australien et le partenariat avec le *National Public Health Partnership*. Cette entité a été créée pour améliorer et soutenir les efforts en santé de la population par des démarches axées sur l'ensemble de la population. Elle vise à réduire les inégalités dans l'état de santé entre les différents groupes démographiques et à influencer les déterminants sous-jacents sur le plan social, économique, physique et biologique.

- En Grande-Bretagne, le livre blanc *Our Healthier Nation* cerne les déterminants d'une approche axée sur la santé publique et sert de fondement à plusieurs rapports gouvernementaux qui déterminent les politiques ayant pour objet d'agir sur les déterminants de la santé; ces politiques sont les suivantes : *Independent Inquiry into Inequalities in Health* et *Policy, Inequalities and Public Health* du Health Development Agency.

- Le Groupe de travail sur la politique sociale de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) a mis sur pied un projet sur les *Politiques d'investissement en santé de la population (Population Health Investment Policies)*; il s'agit d'un examen du rôle des structures, des systèmes financiers et des éléments probants dans le soutien d'une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population.

Objectifs d'une approche axée sur la santé de la population

- **Maintenir et améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble**
- **Réduire les inégalités dans l'état de santé entre les différents groupes démographiques**

III. Structure du Modèle de promotion de la santé de la population

Comme il a été spécifié précédemment, le *Modèle de promotion de la santé de la population* est complet car il rassemble les connaissances clés dans ce domaine. Par ailleurs, ce modèle n'est pas exhaustif, c'est-à-dire qu'il ne peut contenir toutes les dimensions possibles d'une approche axée sur la santé de la population. Il constitue, pour une large part, une réflexion sur la nature évolutive de ce champ d'étude. Ce modèle continuera à évoluer, à s'ajuster et à s'améliorer lors de sa mise en oeuvre future dans différents milieux.

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* est formé de deux principales composantes : les *éléments clés* et les *mesures*. Les éléments clés sont nécessaires à la mise en oeuvre d'une approche axée sur la santé de la population et les mesures fournissent un aperçu des mesures qui sont nécessaires pour passer à l'action. La définition et la raison d'être de chaque élément clé et des mesures qui y sont associées sont incluses dans le texte sur le modèle.

A. Éléments clés

Le *Modèle de promotion de la santé de la population* comprend huit **éléments clés** qui sont : (1) placer la santé des populations au centre des préoccupations, (2) examiner les déterminants de la santé et leurs interactions, (3) fonder les décisions sur des données probantes, (4) accroître les investissements en amont, (5) miser sur des stratégies multiples, (6) favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs, (7) prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public, et (8) démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan santé. Bien que *tous ces huit éléments soient nécessaires* pour mettre en oeuvre une approche axée sur la santé de la population, les éléments clés un et deux reflètent fidèlement la définition de l'approche, tandis que les éléments trois à huit traduisent les répercussions de cette approche et les facteurs associés à des bonnes pratiques de gestion. Ces huit éléments sont présentés dans la figure qui suit.

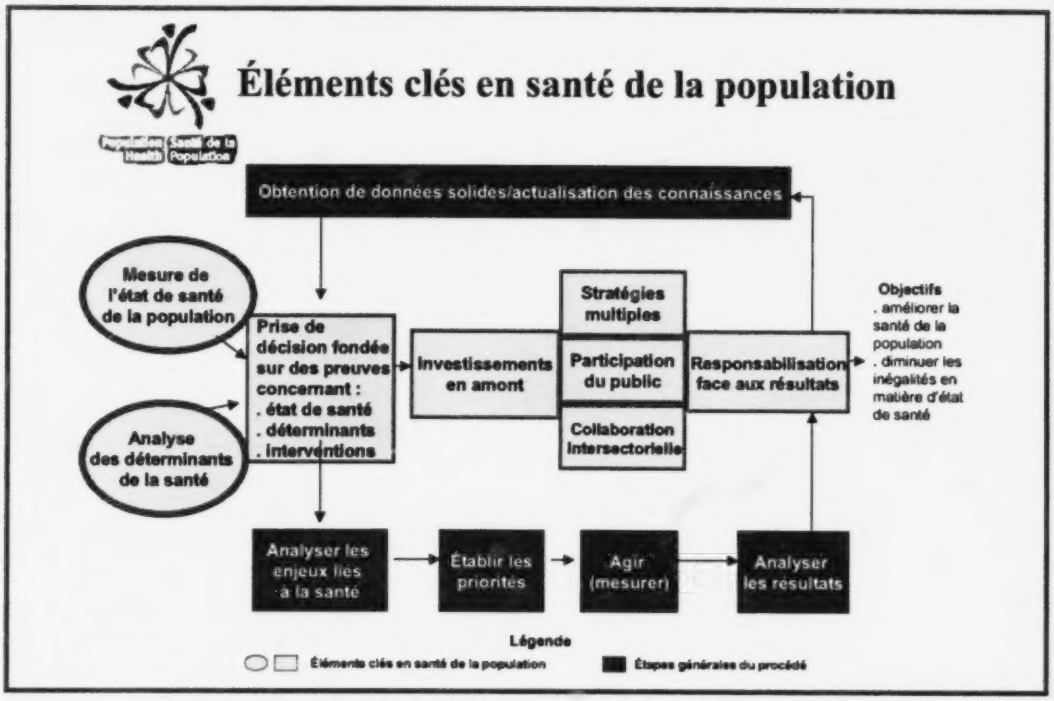

Figure 1. Éléments clés en santé de la population

B. Mesures

Chacun des éléments clés du modèle est présenté en détail avec la description et la raison d'être des mesures nécessaires pour instaurer une approche axée sur la santé de la population. Les éléments clés et les mesures sont résumés dans le tableau qui suit. Bien que tous les efforts nécessaires aient été déployés pour maintenir le caractère exclusif des mesures proposées les unes par rapport aux autres, il subsiste quelques redondances à cause d'un renvoi répétitif aux caractéristiques principales comme le travail intersectoriel et le fait de tenir compte des déterminants multiples de la santé.

Veuillez noter qu'il n'est pas nécessaire qu'une organisation prenne à elle seule toutes ces mesures; elle peuvent être prises par différents intervenants. Un outil de mise en oeuvre d'utilisation facile, qui s'inspire des concepts clés de ce rapport, a été créé. Le tableau sommaire ci-dessous est suivi d'une description détaillée des composantes du modèle.

Tableau sommaire des éléments clés en santé de la population

L'approche axée sur la santé de la population vise à maintenir et à améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques.

Élément clé	Actions
1. Placer la santé des populations au centre des préoccupations	1.1 Déterminer les indicateurs de mesure de la santé 1.2 Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités dans l'état de santé des populations pour détemminer les problèmes de santé 1.3 Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu
2. Examiner les déterminants de la santé et leur interaction	2.1 Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé 2.2 Mesurer et analyser les déterminants de la santé, et leur interaction, pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants
3. Fonder les décisions sur des données probantes	3.1 Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes 3.2 Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données 3.3 S'appuyer sur des sources de données variées 3.4 Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées 3.5 Déterminer les interventions efficaces et les évaluer 3.6 Diffuser les résultats de recherche et faciliter leur prise en compte dans les politiques
4. Accroître les investissemente en amont	4.1 Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement 4.2 Équilibrer les investissements à court et à long termes 4.3 Influencer les investissements dans d'autres secteurs
5. Miser sur des stratégies multiples	5.1 Déterminer l'étendue des interventions 5.2 Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction 5.3 Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques 5.4 Mettre en oeuvre un ensemble complet d'interventions et de stratégies 5.5 Mettre en oeuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée 5.6 Mettre en oeuvre des méthodes qui amélioreront la santé des individus au cours de la vie 5.7 Agir dans différents milieux 5.8 Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions
6. Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs	6.1 Mobiliser les partenaires au début du processus pour le partage des valeurs et de visées communes 6.2 Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets 6.3 Identifier et soutenir un chef de file 6.4 Investir dans le processus d'établissement d'alliances intersectorielles 6.5 Générer l'appui politique et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques 6.6 Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires
7. Prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public	7.1 Susciter l'intérêt du public 7.2 Contribuer à l'accroissement du niveau des connaissances en santé 7.3 Mettre en oeuvre des stratégies de participation du public qui s'harmonisent avec l'objectif fondamental
8. Démontrer une prise en charge des responsabilités pour les résultats sur le plan santé	8.1 Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats 8.2 Déterminer les mesures de base et fixer des objectifs d'amélioration de la santé 8.3 Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces 8.4 Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation de l'impact sur la santé 8.5 Diffuser publiquement les résultats

IV. Modèle intégral des éléments clés en santé de la population

Élément clé 1 : *Placer la santé des populations au centre des préoccupations*

Une approche axée sur la santé de la population évalue l'état de santé et les inégalités dans l'état de santé des populations au cours du cycle de la vie entre différents groupes démographiques ou pour la population entière.

Définition et raison d'être de l'élément clé 1

Une approche axée sur la santé de la population évalue l'état de santé et les inégalités de l'état de santé pour l'ensemble d'une population (et pour les groupes démographiques qui la composent), au cours du cycle de la vie, selon ses caractéristiques sur le plan géographique, de l'âge, du sexe, de la culture ou d'autres éléments qui définissent ces groupes. L'approche mesure la santé de la population de manière constante dans le temps, dans les différentes provinces, et quels que soient les problèmes de santé; elle ne saisit pas uniquement les données liées aux maladies ou aux blessures, mais elle mesure aussi les éléments positifs reliés à la santé (par exemple la bonne forme physique). Elle fait également le lien entre les mesures sur l'état de santé et celles liées aux déterminants de la santé pour démontrer leur interaction (voir l'élément clé 2). Comme la *population* et non l'individu est l'unité d'analyse, les mesures pour améliorer la santé – d'après les meilleures données recueillies – portent sur l'ensemble de la population. aux niveaux national, provincial, régional, communautaire, familial et individuel (voir l'élément clé 5).

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 1

1.1 Déterminer les facteurs de mesure de la santé

Une approche axée sur la santé de la population détermine des indicateurs pour (a) l'état de santé de la population en général et/ou pour des groupes démographiques. Les indicateurs de la santé sont conçus pour fournir des données comparables en santé d'une région aux niveaux provincial, territorial et national, et ils sont fondés sur des définitions et méthodes standardisées. Ces indicateurs aident à mesurer les changements ou les progrès réalisés.

Les indicateurs de l'état de santé les plus courants jusqu'à maintenant sont le taux de mortalité (p. ex. la mortalité infantile, l'espérance de vie, le décès causé par un cancer, le suicide, la mort par blessure accidentelle, le décès causé par le SIDA) et, à un moindre degré, le taux d'hospitalisation. Bien que ces indicateurs soient primordiaux, ils ne représentent

qu'une partie de la situation sur la santé de la population. Pour en avoir une idée complète, il faut pouvoir compter sur de meilleures mesures de la morbidité : les causes de la baisse de la qualité de vie liée à des problèmes de santé ou à une invalidité et, de manière plus importante, des données sur les aspects positifs relatifs à la santé. Dans certains cas, l'information sur les indicateurs est déjà disponible ou doit seulement être mieux diffusée. Dans d'autres cas, il faut mener de nouvelles recherches pour obtenir l'information requise.

Une des étapes importantes pour mieux mesurer la santé de la population est le développement d'une nouvelle génération d'indicateurs , les « indicateurs globaux de la santé », qui réunirait les données sur la mortalité, la perte d'autonomie ou de la qualité de la vie, de manière que des problèmes très différents puissent être comparés de manière uniforme. Ces nouveaux « indicateurs globaux de la santé » nous permettront de comparer de manière rationnelle les conséquences de problèmes de santé et de stratégies qui sont très différents et de mieux comprendre la manière dont ces différents facteurs interagissent pour améliorer ou détériorer la santé. Ces nouveaux indicateurs sont la « longévité pondérée par l'invalidité (DALY), « l'espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence » (HALE) et « la longévité pondérée par qualité de vie » (QALY). Ces mesures visent à répondre à un enjeu important en matière de politique de santé auquel font face les pays industrialisés occidentaux : certaines interventions en santé peuvent ajouter des années de maladie à la vie d'une personne au lieu d'ajouter des années de santé à sa

1.2 Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités dans l'état de santé des populations pour déterminer l'état de santé

La mesure de la santé de la population permet de déterminer les problèmes émergents de santé, d'établir les enjeux à long terme et de faire un choix éclairé entre priorités divergentes. Elle donne des réponses aux questions suivantes : « Quel est l'état de santé de la population et son état de santé s'améliore-t-il? », « Dans la population, qui est en santé et qui ne l'est pas? », « Que pouvons-nous apprendre des tendances actuelles pour nous aider à nous préparer pour l'avenir ? » et « Quels sont les principaux problèmes en santé? » Pour fixer des priorités de façon rationnelle quant aux interventions et pour évaluer les progrès dans l'amélioration de la santé, il faut mesurer et comparer l'état de santé de la population au fil du temps et dans l'ensemble du cycle de la vie. Le cycle de vie est fondamental à l'étude de l'état de santé, car il est à la base des changements biologiques chez tout organisme.

La surveillance des strates de population est la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques des données nécessaires pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une approche axée sur la santé de la population[47]. La surveillance permanente est particulièrement importante pour dépister les inégalités dans l'état de santé entre différents groupes démographiques. Les systèmes d'information basés sur la population comprennent des indicateurs sur l'état de santé (p. ex. l'espérance de vie, le degré d'adaptation au stress et les maladies cardiovasculaires), des données épidémiologiques et socioéconomiques et des données sur l'utilisation des services de santé.

Bien qu'il soit nécessaire de créer de nouveaux groupes d'indicateurs en santé, d'importantes sources de données sont actuellement disponibles (p. ex. l'Enquête nationale sur la santé de la population) et peuvent être utilisées pour cerner les principaux problèmes de santé qui exigent une intervention immédiate et pour obtenir un classement quantitatif des problèmes de santé fondé sur des données probantes. Ces problèmes de santé incluent les causes principales de décès et d'hospitalisation, les années potentielles de vie perdues (APVP), les maladies à déclaration obligatoire les plus courantes, les maladies chroniques les plus souvent signalées dans l'Enquête nationale sur la santé de la population et les facteurs cités dans l'Enquête comme ayant la corrélation la plus étroite avec une perte d'autonomie, d'une part, ou le maintien d'une bonne santé, d'autre part. Dans le cas de certains problèmes de santé, il est souhaitable de mettre sur pied de nouvelles enquêtes; mais s'il est trop dispendieux de mettre en oeuvre ces nouvelles enquêtes ou si elles requièrent trop de ressources humaines, d'autres méthodes peuvent être envisagées. Par exemple, les enquêtes ou les questionnaires de rencensement existants peuvent être enrichis de questions spécifiques pour recueillir des ensembles de données plus complets qui incluraient les risques et les conditions sur le plan socioéconomique. Les données administratives ou sur la gestion de la santé fournissent aussi des renseignements utiles sur la surveillance en l'absence ou en remplacement d'une collection de données primaires par le biais d'enquêtes auprès de la population.

Une autre source de données actuellement disponibles est celle des *Indicateurs de santé*. Il s'agit d'une publication électronique offerte gratuitement sur les sites Web de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ces sites fournissent un ensemble d'indicateurs organisés en quatre catégories : état de la santé (incluant les maladies, les taux de mortalité, les mesures liées au bien-être), les déterminants de la santé qui ne sont pas d'ordre médical (caractéristiques socioéconomiques et attitude envers la santé), la performance du système de santé (mesures liées à l'accessibilité, au caractère adéquat et à l'efficacité des services de soins de santé), et les caractéristiques du système de santé et du système communautaire (information contextuelle). Les données locales sur ces indicateurs sont disponibles auprès des autorités régionales de santé dans l'ensemble du Canada.

1.3 Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu

Les populations évoluent dans des macro-environnements caractérisés par des conditions et des circonstances prédominantes qui peuvent influencer les efforts de mobilisation d'une approche axée sur la santé de la population. Un engagement politique solide est un atout important. Néanmoins, les gouvernements et les responsables des secteurs de la santé semblent plus enclins à lancer des projets en santé de la population, par exemple, pendant des périodes de croissance économique, et sont plus portés à respecter le statu quo au cours de périodes de contraintes ou de déficit sur le plan économique.

Dans une approche axée sur la santé de la population, on examine le contexte et les tendances actuels pour évaluer les conditions de mise en oeuvre de l'approche. Les périodes de changements et de transition associées à une réforme de la santé peuvent, par exemple, fournir une conjoncture favorable pour instaurer de nouvelles façons de considérer la santé et les facteurs qui l'influencent et d'intervenir à cet égard. L'examen du contexte actuel a pour objectif de fournir une vue d'ensemble pour l'analyse des conditions et des tendances qui caractérisent le milieu d'intervention, et comprend notamment :

- Le profil *démographique* ou des données caractéristiques comme la taille, la distribution, la diversité, le sexe et l'âge d'une population donnée (voir l'information contextuelle des *Indicateurs de santé* cités précédemment).
- Les *caractéristiques sur le plan politique* comme l'idéologie politique, la volonté politique, les processus d'élaboration des politiques, les programmes et les priorités politiques, le lobbying des groupes d'intérêt, l'approche participative en matière politique, et les questions liées aux compétences fédérales-provinciales.
- Les conditions socioéconomiques comme la croissance économique, les politiques financières et la cohésion sociale.
- Les *caractéristiques physiques* en ce qui a trait au milieu naturel et au milieu bâti.
- Les *conditions dans le secteur de la santé* comme le niveau actuel de satisfaction du consommateur en ce qui a trait au système de santé et le rythme selon lequel le système de santé évolue ou se réforme.
- Les *caractéristiques culturelles* sous-jacentes incluant les valeurs, les croyances, les préférences et les traditions.

Élément clé 2 : *Examiner les déterminants de la santé et leur interaction*

Une approche axée sur la santé de la population mesure et analyse l'ensemble complet des facteurs, qui ont une influence sur la santé et qui contribuent au maintien de la santé, ainsi que leur interactions. Ces facteurs sont connus comme étant les déterminants de la santé et ils incluent : les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité d'adaptation personnelle, le patrimoine biologique, le développement de la petite enfance et les services de santé.

Définition et raison d'être de l'élément clé 2

Notre compréhension de ce qui rend et maintient les gens en santé continue d'évoluer. Une approche axée sur la santé de la population intègre la gamme complète de facteurs et de conditions caractérisant un individu et la collectivité et leur interdépendance, dont on a démontré la corrélation avec l'état de santé. L'éventail complet de déterminants de la santé ainsi que leur interaction - et non

seulement ceux qui sont apparentés à la santé - sont reconnus et pris en considération. On trouvera plus loin (éléments clés 5, 6 et 7) les mesures d'intervention particulières qui découlent de la mesure et de l'analyse des déterminants de la santé dont il est question dans la présente section.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 2

2.1 Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé

Une approche axée sur la santé de la population établit des indicateurs de déterminants de la santé, ainsi que les liens qui existent entre eux, pour faciliter la mesure du changem,ent ou du progrès (voir le texte sur les indicateurs à l'élément clé 1). tot comme pour les indicateurs de l'état de santé, l'établissement des déterminants de la santé exige souvent de nouvelles recherches pour recueillir l'information nécessaire (élément clé 3).

2.2 Mesurer et analyser les déterminants de la santé, et leur interaction, pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants

Lorsque nous nous demandons pourquoi les gens contractent une maladie ou souffrent d'une blessure - ou pourquoi ils restent en bonne santé - nous n'attendons pas de réponse simple, unidimensionnelle. Les recherches démontrent que plusieurs facteurs d'ordre biologique, comportemental, environnemental et socioéconomique interagissent pour « amener » la santé ou la maladie. Un facteur de risque unique (le fait d'être inactif physiquement ou d'avoir été victime de violence pendant son enfance) peut entraîner une multitude de problèmes, tout autant qu'un facteur de protection important (bonne nutrition ou le fait d'avoir le soutien d'un ami) peut aider à prévenir plusieurs problèmes de santé. Dans la même veine, le chemin qui mène à un état de santé particulier peut être très différent d'un groupe de population à l'autre.

On dispose de plus en plus données sur les facteurs qui maintiennent les gens en santé et sur la façon dont ces facteurs influent sur la santé. Une approche axée sur la santé de la population utilise les données provenant de la recherche et d'autres sources pour faire la corrélation entre les principaux problèmes de santé et leurs déterminants et pour préciser la dynamique selon laquelle ces facteurs s'unissent pour procurer la santé ou causer la maladie. Ces données sont de diverses sources : (a) documentation publiée dans les bases de données universitaires ou gouvernementales, (b) enquêtes sur la population, (c) données provenant d'autres provinces, et (d) comme il est indiqué précédemment, études des conditions et des tendances à l'échelon macrosocial. (Voir aux éléments clés 5 et 6 les mesures à prendre pour agir sur les déterminants de la santé).

Voici les déterminants de la santé qui sont connus et dont il faut tenir compte :

Environnement socioéconomique

- *Revenu, répartition du revenu et statut social :* les recherches indiquent que le revenu et le statut social constituent le plus important déterminant de la santé. Les études démontrent que l'état de santé croît avec le revenu ou le statut social. De plus, les sociétés qui sont raisonnablement prospères et qui ont une répartition équitable

de la richesse ont les populations qui sont le plus en bonne santé, sans égard aux sommes dépensées en soins de santé.

- *Réseaux de soutien social :* une bonne santé est associée au soutien de la famille, des amis et de la communauté. Certaines études démontrent que les effets des relations sociales sur la santé peuvent avoir autant d'importance que les facteurs de risque connus comme le fait de fumer, l'obésité, une pression artérielle élevée ou un style de vie sédentaire.
- *Scolarité* : l'état de santé s'améliore au fur et à mesure que le niveau d'instruction et de connaissances s'élève, y compris la perception d'être en bonne santé ou les indicateurs d'une mauvaise santé comme des limites sur le plan physique ou la perte de journées de travail. L'instruction augmente les possibilités d'un meilleur revenu et niveau de sécurité d'emploi et donne aux gens le sentiment qu'ils ont la maîtrise de leur vie - et des facteurs clés qui ont des conséquences sur leur santé.
- *Emploi et conditions de travail* : les gens qui ont une meilleure maîtrise de leur situation de travail et qui subissent moins de stress au travail sont en meilleure santé. Les accidents ou les blessures en milieu de travail sont parmi les causes importantes de problèmes de santé. Par surcroît, le chômage est associé à une mauvaise santé.
- *Environnements sociaux :* les valeurs et les règles qui régissent une société ont des effets sur la santé des individus et des populations. Une stabilité sur le plan social, la reconnaissance de la diversité culturelle, la sécurité, des relations humaines harmonieuses et une cohésion dans la communauté ont pour résultat un milieu social favorable qui réduit les causes susceptibles de nuire à la santé de la population.

Environnement physique

- Les facteurs physiques liés au milieu naturel comme la qualité de l'air, de l'eau et des sols ont une influence primordiale sur la santé. Les facteurs liés au milieu bâti comme la conception des bâtiments, la sécurité en milieu de travail, l'état des routes et des infrastructures sont aussi très importants.

Développement de la petite enfance

- Les effets des incidents ayant eu lieu avant la naissance ou durant la petite enfance sur la santé d'un individu à un âge plus avancé, sur son bien-être, sur sa capacité d'adaptation et sur ses habiletés sont très puissants. Par exemple, un faible poids à la naissance peut entraîner des problèmes de santé et des problèmes sociaux tout au long de la vie. En outre, plus le revenu de la mère augmente, plus elle aura un enfant dont le poids sera élevé à la naissance, en moyenne, en comparaison avec les femmes dont le revenu est inférieur.

Habitudes de santé personnelles

- Les habitudes personnelles comme le fait de fumer ou de consommer de l'alcool ou des drogues, de se nourrir sainement, de faire de l'activité physique ou tout autre comportement, ont des répercussions sur la santé et le bien-être des individus. Nombre de ces problèmes les plus courants sont liés à des habitudes personnelles.

Capacité d'adaption personnelle

- Un environnement social qui permet d'adopter un style de vie harmonieux, de faire des choix sains, et qui permet aux gens de développer les connaissances, la volonté, les comportements et la capacité d'adaptation nécessaires pour faire face à la vie de façon saine aura des conséquences positives importantes sur la santé de ces personnes.

Patrimoine biologique et génétique

- Le patrimoine fondamental d'un individu sur le plan biologique et organique est à la base des déterminants de la santé. Les prédispositions dont il a hérité en cette matière ont une incidence sur la manière dont il sera touché par des malaldies ou des affections particulières.

Services de santé

- Les services de santé, spécialement ceux qui sont conçus pour maintenir et promouvoir la santé, prévenir les maladies et les blessures, aider à recouvrer la santé et contribuer à la santé de la population en général sont des déterminants de la santé.

Il est reconnu que la **culture** et le **sexe** influencent sous bien des aspects tous les autres déterminants de la santé.

- Le sexe se rapporte à tous les différents rôles, traits de la personnalité, attitudes et comportements des individus ainsi qu'aux influences et aux pouvoirs relatifs que la société attribue à chacun des deux sexes. Les individus d'un même sexe ont des problèmes de santé spécifiques ou peuvent être affectés de manière différente par le même problème de santé.
- Les conséquences liées à la culture et à l'origine ethnique viennent aussi bien des antécédents personnels de l'individu que de facteurs situationnels, sociaux, politiques, géographiques et économiques plus importants.

La liste des déterminants de la santé pourrait changer à mesure que les recherches en santé de la population nous révéleront de nouvelles idées expliquant les facteurs et les conditions qui ont une incidence sur la santé ou qui contribuent à son maintien.

Élément clé 3 : *Fonder les décisions sur des données probantes*

Une approche axée sur la santé de la population se caractérise par une « prise de décisions fondées sur des données probantes ». Les données probantes sur l'état de santé, les déterminants de la santé et l'efficacité des interventions sont utilisées pour évaluer la santé, fixer des priorités et élaborer des stratégies visant à améliorer la santé de la population.

Définition et raison d'être de l'élément clé 3

Au cours de la dernière décennie, on a fait de plus en plus pression sur les stratèges et les praticiens en santé pour qu'ils prennent des décisions en s'appuyant sur des données probantes. Dans une approche basée sur la santé de la population, le processus décisionnel fondé sur les données probantes sert à toutes les étapes du cycle d'élaboration des politiques et des programmes. Et dans le contexte de ce modèle, la prise de décisions fondées sur des données probantes renvoie à une *approche selon laquelle l'information de base ou la masse de renseignements est acceptée comme étant véridique après avoir été soumise à un processus d'examen rigoureux et exhaustif.* – Ainsi, chaque décision, qu'il s'agisse de déterminer les facteurs de mesure de l'état de santé à l'ensemble des interventions nécessaires pour résoudre un problème de santé, devrait se fonder sur les meilleures données disponibles *et* le raisonnement. Les éléments justificatifs, combinés à un solide raisonnement et à de bons principes d'évaluation, permettent de déterminer pourquoi on en est arrivé à la décision.

Dans une démarche décisionnelle fondée sur des données probantes, il importe de s'interroger sur la nature des données qui conviennent pour un type particulier de décision ou un autre. Dans les ouvrages traitant de données probantes, les termes « données » et « faits » peuvent mettre l'accent sur les données statistiques (p. ex. le taux de mortalité) et les résultats d'enquêtes scientifiques classiques (p. ex. les essais cliniques aléatoires) comme seuls éléments de preuve valables. Pour répondre à la question « pourquoi en êtes-vous arrivé à cette décision ? », on fait grandement appel à la collecte formelle et informelle d'éléments quantitatifs et qualitatifs, et notamment à des méthodes de collecte de données qualitatives comme les entrevues d'intervenants clés, les études de cas et les consultations auprès d'experts des disciplines de l'étude des populations.

Il est difficile de prendre des décisions asu sujet de l'efficacité des interventions dans le domaine des politiques et des programmes sociaux et de promotion de la santé, car souvent on ne peut déterminer de façon inéquivoque ce qui fonctionne ou ce qui ne fonctionne pas. Actuellement, les évaluations fondées sur les données probantes se limitent dans une large mesure aux interventions médicales individuelles. Toutefois, dans une étude sur l'emploi des éléments probants pour décider des politiques sur les inégalités en matière de santé en Grande-Bretagne[aa], on en arrive à la conclusion que l'existence de plus d'information sur les interventions individuelles ne signifie pas que les interventions visant les collectivités dans leur ensemble ne sont pas efficaces. Elle révèle plutôt la pénurie d'études de qualité sur les interventions plus « en amont ». Les auteurs concluent que les différences de santé entre les divers groupes sociaux, ou entre les pays bien nantis et les démunis, ne résultent pas principalement de raisons médicales et exigent des interventions à un palier différent.

Un des aspects fondamentaux d'une approche axée sur la santé de la population est la recherche continuelle pour enrichir le bagage de données probantes en ce qui a trait à l'état de santé, aux déterminants de la santé et à l'efficacité des interventions en vue d'améliorer la santé. Non seulement faut-il bien diffuser les nouvelles données probantes auprès des décideurs, il faut en outre instaurer une stratégie de transfert de la recherche pour amener ces décideurs à utiliser les résultats de la recherche.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 3

3.1 Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes

Une approche axée sur la santé de la population se fonde sur les données probantes à toutes les étapes du cycle d'élaboration des politiques et des programmes : pour la sélection des problèmes ou des possibilités à étudier (éléments clés 1 et 2); pour la sélection des interventions à élaborer et à utiliser (mesure 3.5); pour les décisions de mise en oeuvre (élément clé 4); et pour la décision de poursuivre la démarche entreprise (élément clé 8).

Le processus décisionnel fondé sur les données probantes pour l'élaboration des politiques et des programmes consiste à employer les meilleures données disponibles, quantitatives et qualitatives, pour déterminer les façons de maintenir et d'améliorer la santé des populations. Pour cela, il faut combiner l'expertise en matière de politiques et de programmes des analystes, des décideurs, des organismes communautaires et des autres intervenants avec les meilleures données disponibles d'une recherche jugée par les pairs pour élaborer une base d'information qui peut résister à un examen critique général. Les nouvelles données peuvent infirmer les méthodes d'évaluation et d'intervention sur la santé de la population employées jusqu'ici, pour les faire remplacer par de nouvelles méthodes plus solides, plus précises, plus efficaces et plus sûres.

---

[a] Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith, R. Using evidence to inform health policy: case study. British Medical Journal 2001; 322: 222-225 (27 janvier)

3.2 Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données

Dans une approche axée sur la santé de la population, il faut recourir à des méthodes transparentes et systématiques de collecte, de sélection et d'examen des données pertinentes pour réduire au minimum tout risque de distorsion. Une approche axée sur la santé de la population présente clairement le matériel, les méthodes et les critères sur lesquels on se fonde pour inclure ou exclure des éléments d'information donnés dans la prise de décision. Dans nombre de domaines, il n'y a pas de réponse inéquivoque à la question « qu'est-ce ce qui fonctionne ? ». L'absence de données ne signifie pas pour autant qu'il ne faudrait pas élaborer de programmes en se fondant sur la logique et le bon sens; toutefois, dans ces cas, il faut expliquer clairement l'absence de données empiriques et la possibilité que la mise en oeuvre des recommandations puisse ne pas avoir les résultats escomptés.

3.3 S'appuyer sur des sources de données variées

Une approche axée sur la santé de la population s'appuie sur toutes les *catégories de données* – qualitatives et quantitatives – ainsi que sur les données provenant de secteurs autres que celui de la santé. Les catégories de données incluent les données environnementales, celles liées au style de vie, les statistiques de l'état civil, les données dans le domaine social, économique et épidémiologiques, les données sur le système de santé et les données sur la consommation et les données démographiques. L'approche utilise aussi différentes *sources de données* dont les données du recensement, l'enregistrement des données de l'état civil et les systèmes ou quasi-systèmes de réglementation.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, dans une approche axée sur la santé de la population, les recherches vont souvent au-delà des banques de données établies pour mener des enquêtes qui ciblent les déterminants plus généraux de la santé. Cette information est le fondement d'un système d'information axé sur la santé de la population qui permet la surveillance continue des changements de l'état de santé et des autres indicateurs de la santé.

De plus, une approche axée sur la santé de la population vise à recueillir des données de qualité tout en reconnaissant qu'aucune donnée n'est « parfaite ». Par exemple, certaines données peuvent être incomplètes car, dans bien des cas, il faut dix ans ou plus pour pouvoir mesurer les bénéfices réalisés d'un investissement en amont dans le domaine de la promotion de la santé ou de la prévention de la maladie.

3.4 Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées

Une approche axée sur la santé de la population appuie des recherches qui portent sur l'ensemble des problèmes qui touchent la santé ou le bien-être de la population. Ces recherches exigent un riche mélange de compétences interdisciplinaires qui couvrent un large éventail de connaissances en recherche, sur le plan qualitatif et quantitatif, incluant : les sciences biomédicales traditionnelles, les sciences en santé communautaire, l'épidémiologie, la biostatistique, tout l'éventail des sciences sociales (dont la sociologie, la psychologie, l'économie, l'administration publique et les sciences politiques), les politiques sur la santé, l'économie de la santé et les autres disciplines d'étude de la population. Les méthodes

spécifiques pour la collecte de données probantes incluent : la méta-analyse, les études pilotes sur des échantillons aléatoires, les études de cas, les analyses sur le rapport entre les risques et les avantages, les enquêtes, les enquêtes par sondage auprès de la population, l'élaboration de modèles de prévisions et des méthodes économiques comme des analyses coût-avantage et l'analyse des valeurs. Les données recueillies pour enrichir le bassin de données probantes proviennent aussi d'exposés, de notes d'information et de la présentation de documents écrits sur des sujets spécifiques par des professeurs d'université ou d'autres experts dans des disciplines axées sur la population.

Bien que l'approche axée sur la santé de la population valorise le développement de nouvelles connaissances, elle ne s'appuie pas uniquement sur la production de données. Elle reconnaît aussi que ces données doivent être examinées d'un oeil critique en permanence. La corrélation de la collecte de données à un examen de ces données sur une base régulière favorise la création de nouveaux outils et de nouveaux modèles comme les lignes directrices sur les « pratiques exemplaires».

3.5 Déterminer les interventions efficaces et les évaluer

Pour améliorer la prise de décisions, une approche axée sur la santé de la population analyse les données probantes disponibles qui déterminent quelles interventions ou groupes d'interventions seront le plus efficaces pour modifier des résultats de santé spécifiques, diminuer les inégalités en santé, améliorer l'état de santé de la population en général ou appporter des changements aux déterminants de la santé. On le fait pour répondre à la question suivante : est-il possible de s'attaquer de façon efficace à ce problème? Les méthodes employées pour examiner et évaluer l'efficacité des interventions incluent : une synthèse des évaluations des interventions en santé et promotion de la santé de la population produites au cours des dix dernières années au Canada (en portant une attention spéciale aux études basées sur des données quantitatives) et une comparaison avec d'autres pays dont l'expérience peut s'appliquer au Canada. Dans les cas où les données probantes sont insuffisantes, les stratèges peuvent avoir recours à d'autres moyens pour justifier l'utilisation de ressources en santé de la population, dont l'opinion des experts, des programmes-pilotes avec des évaluations à mi-mandat ou une évaluation des risques et des avantages du projet.

Il existe des divergences d'opinions sur ce qui représente l'efficacité des interventions. Les politiciens, les économistes et les gestionnaires de budget, la population qui profite de l'intervention, les chercheurs universitaires et les praticiens ont souvent une opinion divergente quant l'importance qu'ils accordent au processus, au coût et à la valeur concrète d'une intervention nécessaire pour atteindre les résultats souhaités. Ces divergences se reflètent dans la large gamme de méthodes utilisées actuellement (qu'elles soient qualitatives, quantitatives, économiques ou participatives) ou dans les mesures (mesures comportementales ou des changements dans les déterminants) utilisées pour démontrer l'efficacité. La preuve de l'efficacité d'une intervention est aussi étroitement liée au point de départ du projet (problème, population ou milieu) ainsi qu'au type d'intervention adopté.

Comme le fait remarquer *l'International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), il ne peut y avoir de méthode ou de mesure unique et « infaillible » pour évaluer l'efficacité des interventions, et il n'y a pas de données probantes « absolues ». Les désaccords qui proviennent des différentes interpétations quant à la signification de « l'efficacité » vont subsister. Néanmoins, les économistes, les stratèges et les gestionnaires de budget doivent être en mesure de juger du succès (ou du succès probable) des interventions pour pouvoir allouer des ressources et pour rendre compte des décisions prises à ce sujet. Bien qu'il existe actuellement un manque d'analyses coûts-avantages traditionnelles sur les interventions en promotion de la santé et en santé de la population, il existe tout de même un nombre croissant de rapports synthèses qui sont disponibles en cette matière (consultez par exemple le rapport de l'IUHPE : *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*) qui démontrent que les investissements en santé rapportent et que leur pertinence est clairement démontrée en santé et sur le plan social, économique et politique. Un des grands défis est de mettre en oeuvre un système de mesure qui soit encore plus fiable et valable que le système actuel pour évaluer le succès des interventions en santé et améliorer la qualité et l'étendue des données probantes disponibles pour orienter la prise de décisions.

3.6 Diffuser l'information et en accroître la disponibilité

Une démarche axée sur la santé de la population élabore et met en oeuvre des systèmes visant à trouver l'information et les résultats de recherche qui ont trait à l'état de santé, aux déterminants de la santé et à l'efficacité des interventions pour les diffuser auprès des stratèges, des praticiens en santé et du public. Transposer les résultats de recherches en des données qui sont utilisables par les gens qui conçoivent les politiques et les programmes fait partie intégrante du rôle de l'approche axée sur la santé de la population. Pour s'assurer que les données de recherche sur les déterminants de la santé servent à éclairer l'élaboration des politiques et la prise de décisions, il faut instaurer des stratégies efficaces de transmission du savoir et de mise en oeuvre des politiques. Ces stratégies doivent indiquer les besoins d'information des décideurs et amener ces derniers à utiliser les résultats de la recherche.

En vue d'établir un éventail de stratégies pour le transfert du savoir, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a examiné les stratégies de transfert des connaissances de dix-sept organismes oeuvrant dans le domaine de la recherche et/ou des politiques sociales et de santé (*Analyse de la conjecture des stratégies de transfert de la recherche,* www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/Documents.shtml). En se fondant sur l'étude, on en a conclu que les résultats de recherche doivent être diffusés auprès d'un large éventail de particuliers et d'organismes, notamment :

- *les ministères axés sur la santé et les services sociaux* : collaborateurs potentiels.
- *les organismes d'élaboration de politiques qui mènent des recherches similaires* : réseaux de communications établis avec les décideurs.
- *les organismes internationaux* : ajout de crédibilité et de prestige

- *les organismes professionnels* (particulièrement dans le domaine de la santé) : accès à de nouveaux auditoires.
- *le grand public* : défenseurs des décideurs.
- *les organismes communautaires* : offrent l'appui communautaire et contribuent à la diffusion.
- *le monde des affaires* : influence majeure dans le milieu de travail.
- *les autorités sanitaires régionales et les fournisseurs de soins de santé* : répartissent les services de soins de santé et déterminent les groupes-cibles pour la diffusion de l'information et la prestation des services.

La rapidité de diffusion est un élément essentiel du transfert des résultats de recherche en santé. Selon l'analyse de conjecture de l'ISPC, il faudrait engager les décideurs très tôt dans le processus et maintenir la communication à toutes les étapes de la recherche, objectif que l'on peut atteindre en faisant un usage continu des groupes de travail conjoints.

L'analyse a également indiqué qu'il fallait créer un éventail de produits adaptés aux divers auditoires-cibles. De plus, elle a souligné certains moyens de promouvoir l'intégration des résultats de la recherche par les décideurs, notamment :

- faire bon usage des sites Web;
- intégrer une stratégie de transfert des connaissances pour chaque projet de recherche;
- établir des liens et des partenariats officiels avec les décideurs;
- recourir à des spécialistes du transfert des connaissances;
- parrainer des études empiriques sur le transfert des résultats de recherches.

Élément clé 4 : *Accroître les investissements en amont*

On peut maximiser les possibilités d'amélioration de la santé de la population en intensifiant les efforts et les investissements en « amont » destinés à maintenir la santé et à examiner les causes premières de la santé et de la maladie, ce qui permettra d'instaurer un système de santé plus équilibré et viable.

Définition et raison-d'être de l'élément clé 4

Dans une approche axée sur la santé de la population, les données probantes sur « ce qui crée et maintient la santé chez les gens » et sur l'efficacité des interventions guident l'établissement des priorités quant aux mesures à entreprendre. Les données probantes dictent les paramètres pour la prise de décisions en matière de santé. Selon l'approche axée sur la santé de la population, les

ressources investies dans le cadre d'une telle approche sont allouées aux secteurs les plus aptes à exercer une incidence positive sur l'état de santé de la population. Elle cherche aussi à réaliser au maximum une économie des coûts reliés à la santé. Il s'agit d'une approche qui prend racine dans la notion que plus on intervient tôt dans les causes à l'origine des problèmes, meilleures sont les chances de réaliser des gains en faveur de la santé de la population. Toutefois, selon l'objectif, les interventions « en amont » pourraient ne pas s'avérer le meilleur choix sur le plan efficacité. Le choix doit se fonder sur les meilleures données disponibles plutôt que sur la croyance « qu'il vaut toujours mieux aller plus en amont ». Dans bien des cas, les interventions en amont appellent l'inclusion des interventions touchant les conditions sociales, économiques et environnementales qui sont liées à une mauvaise ou à une excellente santé.

Pour cette raison, les interventions effectuées « en amont » comme la promotion de la santé, la protection et la prévention des maladies ou des blessures sont acceptées comme étant des responsabilités primordiales d'un programme en santé de la population. La clé est de discerner les stratégies qui auront le plus d'efficacité en amont. Une autre étape, tout aussi importante, est de décider quels sont les types d'intervention à effectuer, qui devrait les effectuer, à qui ces interventions s'adresseront, et à quel moment elles seront mises en oeuvre pour parvenir le mieux possible aux résultats souhaités (voir l'élément clé 5).

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 4

4.1 Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement

Les décideurs dans le domaine de la santé n'accepteront probablement pas de faire des investissements en amont, à moins que les avantages potentiels ne soient clairement démontrés.Une approche axée sur la santé de la population utilise les meilleures données probantes disponibles pour démontrer le rendement des investissements sur les interventions. Les méthodes à employer pour amener les décideurs à soutenir un projet en amont exigent une quantification de rentabilité et la description des résultats positifs prévus en santé.

Lorsque les interventions disponibles et leur efficacité relative ont été déterminées (voir l'élément clé 3), on fixe des priorités d'investissement en se fondant sur les résultats d'un processus d'évaluation stratégique. Le processus d'évaluation nous permet de comparer les éléments et de choisir les investissements les plus aptes à exercer une influence positive sur la santé. Les critères servant à orienter les décisions d'investissement incluent les éléments suivants, sans toutefois s'y limiter :

- **Ampleur du problème** (gravité et portée des répercussions du problème, menace pour la santé des Canadiens, et fardeau actuel ou anticipé sur le plan économique et de la santé?);
- **Situation de l'intervention actuelle** (Quelles mesures sont prises? Sont-elles efficaces? Quelles sont les mesures à prendre?);

- **Capacité de produire un changement** (Les résultats en santé sont-ils modifiables? Quelles sont les répercussions possibles? Quelle est la possibilité de régler plusieurs problèmes de santé à la fois par l'intermédiaire d'un ensemble d'interventions intégrées? L'investissement pourrait-il s'avérer dommageable? Les interventions proposées s'appuient-elles sur des preuves empiriques systématiques et/ou des arguments convainquants? L'intervention est-elle réalisable sur le plan technique, financier et politique? Les intervenants clés sont-ils prêts à agir? ont-ils la capacité d'agir? Les Canadiens sont-ils prêts à assumer ce changement? Quelles sont les probabilités de retirer des bénéfices ailleurs que dans le domaine de la santé?);
- **Pertinence de l'engagement** (Cadre-t-il avec le mandat et les rôles de l'organisation? Les leviers nécessaires sont-ils disponibles? Quelle est l'importance de la valeur ajoutée? Est-il facile à mobiliser? Avons-nous l'appui du public?); et
- **Rentabilité** (Amélioration possible de la santé par rapport à l'investissement effectué?).

Dans une approche axée sur la santé de la population, les critères qui guident les décisions d'investissement sont élaborés et convenus par des groupes d'investisseurs soucieux d'améliorer la santé.

4.2 Équilibrer les investissements à court et à long termes

Dans une approche axée sur la santé de la population, il y a concurrence entre les buts à court terme et ceux à long terme. Les problèmes de santé doivent être traités immédiatement, mais en même temps, les investissements en amont s'avèrent nécessaires pour aider les gens à rester en santé. Ces investissements en amont requièrent un soutien constant et leurs répercussions ne seront visibles qu'à moyen et à long termes.Les *projets à court terme,* par exemple, visent à répondre aux préoccupations des citoyens au sujet de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé, de la sécurité des aliments et des médicaments et des plans d'intervention d'urgence. Les *projets à moyen* terme incluent les programmes favorisant l'équité, comme redistribuer les ressources et les programmes pour investir dans l'enfance, ou les occasions de développement social. L'investissement dans les sources d'énergie de remplacement ou d'autres technologies qui visent à protéger davantage l'environnement physique constitue un exemple de *projet à long terme*. Une approche axée sur la santé de la population s'efforce d'atteindre un équilibre acceptable entre les différents investissements à chacun des niveaux.

4.3 Influencer les investissements dans d'autres secteurs

L'approche axée sur la santé de la population tient compte du fait que pour agir sur les déterminants de la santé sur le plan social, économique et environnemental, il faut influencer la manière dont les autres secteurs font la répartition de leurs ressources. Investir des ressources pour agir sur ces déterminants généraux de la santé peut aller à l'encontre des intérêts établis des leaders politiques, de certains professionnels de la santé et d'autres

groupes qui profitent du statu quo [13]. Il est donc important d'entreprendre des projets d'information ou d'éducation pour expliquer et justifier l'allocation des investissements qui soutiennent les programmes en santé de la population.

Élément clé 5 : *Miser sur des stratégies multiples*

Une approche axée sur la santé de la population intègre les activités dans tout l'éventail des interventions qui forment le continuum de la santé : des soins de santé à la prévention, à la protection, à la promotion de la santé et aux interventions touchant les déterminants plus généraux de la santé.

Définition et raison d'être de l'élément clé 5

La vision actuelle selon laquelle la santé des populations est reliée à des facteurs qui ont leur origine aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé établit le cadre d'adoption de nouvelles démarches pour l'amélioration de la santé. Cette approche exige la mise en oeuvre de stratégies et d'interventions innovatrices et interdépendantes qui portent sur l'éventail complet des déterminants de la santé. Un ensemble de stratégies, fondé sur l'analyse de données probantes, doit être mis en oeuvre pour produire la plus grande incidence positive possible sur la santé de la population. Ces interventions sont mises sur pied dans différents milieux comme la maison, l'école, le milieu de travail et la communauté.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 5

5.1 Déterminer l'étendue des interventions

L'élaboration et la mise en oeuvre d'une approche stratégique claire définissent de façon plus précise les interventions axées sur la santé de la population. Selon les recherches en cette matière, bien qu'une variété d'approches stratégiques puissent être mises en oeuvre, il a été démontré que la *dimension progressive et globale* est l'approche qui réussit le mieux à faire avancer les objectifs de santé de la population. Les interventions effectuées dans un continuum progressif et global nous incitent à nous poser la question suivante : « Quelle doit être l'ampleur de notre intervention? » « L'approche progressive » est un processus graduel où, par exemple, on n'agira au départ que sur un ou sur quelques-uns des déterminants de la santé à la fois. Cette approche est amorcée lentement avec l'objectif d'élaborer des stratégies ayant trait aux autres déterminants au fil du temps. Une « approche globale » est une intervention qui porte sur l'ensemble des facteurs qui touchent la santé. Cette approche recouvre un large éventail de déterminants de la santé. Une approche axée sur la santé de la population tient compte directement de la dimension progressive et globale et détermine donc ce qui sera accompli aussi bien à court qu'à long terme.

5.2 Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction

Parce que les déterminants de la santé sont interdépendants et qu'ils ont une influence les uns sur les autres, les interventions qui ne portent que sur un seul déterminant de la santé seront probablement moins efficaces, à moins qu'une mesure complémentaire ne soit prise pour agir sur un facteur connexe. Une approche axée sur la santé de la population reconnaît les interactions entre ces déterminants et elle vise aussi bien ceux qui sont du ressort individuel (p. ex. les habitudes de santé personnelles) que ceux qui sont moins liés à l'individu ou à son environnement immédiat (comme le revenu ou les conditions de travail).

5.3 Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques

Un des principes sous-jacents de l'approche axée sur la santé de la population est que les gens devraient tous avoir la même possibilité d'être en santé et de maintenir une bonne santé. Chaque groupe démographique a des exigences distinctes en matière de santé. Une approche axée sur la santé de la population évalue les besoins et élabore des stratégies qui répondent aux caractéristiques distinctives des groupes démographiques; ces caractéristiques peuvent être liées à la situation géographique, à une invalidité, au sexe ou à la culture. En outre, cette approche vise à enrayer les inégalités en matière de résultats de santé entre les différents groupes démographiques et à l'intérieur même de ces groupes, tout en reconnaissant que les ressources en matière de santé peuvent varier. Les écarts dans l'état de santé chez certains groupes démographiques sont souvent associés aux inégalités sur le plan social, économique et environnemental. Cette approche met donc en oeuvre des mesures et des politiques susceptibles de créer un environnement social et économique plus favorable qui peut entraîner un meilleur état de santé chez la population en général. L'amélioration de l'état de santé de tous les citoyens est le but ultime.

5.4 Utiliser un éventail complet d'interventions et de stratégies

Une telle approche devrait faciliter l'analyse et la prise de décisions quant à la contribution relative à la santé des investissements pour un éventail complet d'interventions en santé : à partir des soins de santé à la prévention, à la protection, à la promotion de la santé et aux interventions sur les déterminants plus généraux de la santé (sur le plan social, économique et environnemental)[4]. Ces types d'interventions en santé sont interreliées, montrent même un chevauchement dans certains secteurs, et elles sont complémentaires. L'analyse vise à déterminer le groupement d'interventions le plus approprié, que ce soit en promotion, en prévention, en protection, en soins et en initiatives stratégiques, dans le secteur de santé en question, en conjonction avec les interventions dans d'autres secteurs (p. ex. dans les domaines de l'éducation, des services sociaux, de l'industrie, des transports, des finances et de la justice), qui peut avoir une incidence sur la santé (voir l'élément clé 6).

Ces interventions renferment une série de stratégies visant à améliorer l'état de santé et à réduire les inégalités en santé. À titre d'exemple, on peut citer l'élaboration et la coordination de politiques, les mesures de réglementation, la recherche, l'action communautaire, le

renforcement des capacités, les partenariats, l'éducation et la sensibilisation du public et les revues administratives et organisationnelles. Non seulement les stratégies, mais leurs diverses combinaisons doivent être analysées pour savoir lesquelles auront la plus grande incidence sur la santé de la population. Une mesure ne peut à elle seule être efficace; c'est plutôt la combinaison de mesures qui produit des résultats. Il faut donc regrouper ces interventions dans un projet exhaustif.

Les interventions peuvent être menées à différents niveaux. Actuellement, nos ressources et notre attention sont axées principalement sur des interventions individuelles au sein du système de santé et ont pour principal objectif le rétablissement de la santé. Le défi est de voir au-delà de l'individu et de considérer la famille, la communauté, la région et la société canadienne dans nos interventions et d'accroître les investissements en amont pour s'attaquer aux sources des problèmes de santé, et non seulement aux symptômes de la maladie. Dans une approche axée sur la santé de la population, les stratégies peuvent être mises en oeuvre à différents niveaux, en fonction des interventions à faire pour améliorer la santé de la population. Certaines stratégies sont mises en pratique pour l'ensemble de la communauté et visent tous les citoyens alors que d'autres ciblent un sous-groupe de la population. L'élément à retenir est que ces interventions doivent être effectuées en collaboration à tous les niveaux et être complémentaires.

5.5 Mettre en oeuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée

Une approche axée sur la santé de la population utilise la recherche pour faire le lien entre les principaux problèmes de santé et leurs déterminants et pour comprendre la dynamique selon laquelle ces facteurs s'associent pour produire la santé ou la maladie (voir élément clé 2). Étant donné que plusieurs problèmes de santé sont interreliés à cause de facteurs de risque ou de protection communs chez les gens, du même style ou milieu de vie, de leur susceptibilité aux mêmes types d'interventions, les mesures visant à régler ces problèmes peuvent faire partie d'une démarche intégrée. Dans ce contexte, il est possible d'effectuer des interventions visant à régler plusieurs problèmes de manière synergique et d'en tirer de multiples avantages. Nous savons, par exemple, que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer ont en commun plusieurs facteurs de risque et facteurs de protection. Le fait d'agir de façon concertée sur ces facteurs communs aurait pour effet de mieux protéger la population contre ces trois maladies, et probablement plus efficacement que si trois programmes de prévention distincts et non coordonnés, spécifiques à ces maladies, étaient mis sur pied.

5.6 Mettre en oeuvre des méthodes qui améliorent la santé des individus au cours du cycle de la vie

Bien que l'approche axée sur la santé de la population vise la collectivité plutôt que l'individu, elle prend en compte les expériences individuelles vécues au cours du cycle de la vie et tient compte du lien entre les expériences de l'individu sur le plan santé et l'état de santé à l'échelon du groupe ou de la population. Une approche axée sur la santé de la population tient compte du fait que les événements de la vie et les transitions sont influencées par le statut social, les

considérations d'ordre économique, le sexe, le soutien communautaire et les autres déterminants de la santé. Elle tient également compte du fait que les divers déterminants de la santé ont des incidences différentes au cours du cycle de la vie. Les expériences et les épisodes de la vie, comme le passage de l'enfance à l'adolescence, les changements d'emploi, le mariage, la famille, la retraite ou la deuil peuvent influer sur la santé et le bien-être[55]. Il est donc important de promouvoir les interventions qui permettent de s'attaquer aux problèmes de santé qui se manifestent durant ces périodes de transision dans l'ensemble du cycle de la vie.

5.7 Agir dans différents milieux

L'approche axée sur la santé de la population prend en considération le milieu où vit la population et tient compte de la contribution de ce milieu en évaluant la santé et les interventions dans ce domaine. Les programmes et les politiques sont élaborées et mises en oeuvre dans les milieux où les gens vivent, s'instruisent, travaillent et se divertissent. Le but est de créer un environnement social et physique propice à l'amélioration de la santé dans le quotidien. Par exemple, mentionnons (a) la promotion d'une réglementation pour un milieu de travail sécuritaire et positif, (b) l'amélioration de la conception des écoles et de leur fonctionnement pour procurer une meilleure santé aux élèves et aux professeurs, (c) le soutien à des programmes comme Villes-santé par l'intermédiaire d'une gestion et d'une planification urbaines saines, (d) une meilleure sensibilisation du public à un environnement bâti sécuritaire, et (e) une réglementation visant à protéger l'environnement naturel.

5.8 Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions

Une approche axée sur la santé de la population comprend un mécanisme de coordination pour guider l'élaboration et la mise en oeuvre d'interventions à facettes multiples selon une démarche intégrée, pour agir sur les déterminants de la santé et influencer leur interaction. Les recherches démontrent qu'il faut pouvoir compter sur un soutien suffisant pour que les mécanismes de coordination soient efficaces [6]. Ces mécanismes exigent par exemple (a) *l'expertise,* c'est-à-dire qu'ils doivent disposer de personnes qui ont les connaissances et l'expertise pertinentes et qui sont secondées par un personnel de soutien compétent; (b) *l'appui politique,* c'est-à-dire l'approbation des leaders sur le plan politique et communautaire; et (c) *l'autonomie,* c'est-à-dire le pouvoir de prendre des décisions quant aux mesures à entreprendre pour atteindre les objectifs en santé. Les mécanismes de coordination doivent aussi être fondés sur de solides principes de gestion. Pour que les interventions soient efficaces et aient des répercussions positives sur la santé de la population, les mécanismes de coordination doivent permettre aux responsables d'assumer les responsabilités fondamentales en cette matière comme le financement, l'assistance technique, l'organisation, la gestion, l'éducation, les communications, le leadership et la promotion. (voir élément clé 6).

Élément clé 6 : *Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs*

Une approche axée sur la santé de la population reconnaît la nécessité de faire de l'amélioration de la santé une responsabilité partagée entre les divers paliers et secteurs dont les activités ont des répercussions directes ou indirectes sur la santé ou sur les facteurs ayant une incidence sur la santé.

Définition et raison d'être de l'élément clé 6

La « collaboration intersectorielle » est l'action conjointe du secteur de la santé et des autres secteurs gouvernementaux, ainsi que des représentants du secteur privé, des bénévoles et des groupes sans but lucratif, en vue d'améliorer la santé de la population. Elle nécessite une coordination et une intervention au sein du secteur de la santé tout en cherchant à obtenir la participation des secteurs à l'extérieur de la santé.

La collaboration intersectorielle se fonde sur le principe que la santé est tributaire de nombreux facteurs qui sont en interaction et que pour amener et maintenir la santé, il faut l'intervention des groupes dont les activités peuvent exercer une influence sur les différents déterminants de la santé. Dans une approche axée sur la santé de la population, le secteur de la santé travaille en collaboration avec les autres secteurs non seulement pour mettre en oeuvre des interventions pouvant améliorer la santé, mais aussi pour aider ces secteurs à atteindre leurs buts. La collaboration intersectorielle permet le regroupement des forces, des connaissances et des moyens pour comprendre et résoudre des problèmes complexes qu'un secteur ne peut résoudre à lui seul.

La collaboration intersectorielle peut prendre différentes formes, comme des projets de coopération, des alliances, des coalitions ou des partenariats. Elle a deux dimensions. La *dimension horizontale* établit le lien entre le secteur de la santé et différents secteurs à un niveau donné. Cette dimension comprend les liens entre le secteur de la santé et les autres secteurs gouvernementaux comme l'économie, la justice, l'environnement et l'éducation; elle comprend aussi le lien avec les représentants d'organismes non gouvernementaux des secteurs bénévoles, des organismes sans but lucratif et dusecteur privé. Le partenariat horizontal favorise l'établissement de buts communs et assure une coordination dans la planification, l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques, programmes et services des partenaires sectoriels. La collaboration horizontale est renforcée lorsque des liens verticaux sont aussi établis.

La *dimension verticale* établit le lien entre les différents *paliers* d'un secteur donné (p. ex. lorsque des homologues locaux, régionaux, provinciaux/territoriaux ou nationaux s'engagent dans une action commune). De bonnes relations verticales soutiennent et favorisent les relations horizontales et la collaboration entre deux secteurs donnés. La collaboration selon la dimension verticale assure une meilleure coordination des interventions et la correspondance des objectifs entre différentes entités, par exemple (a) les différents niveaux d'une organisation comme les employés de première ligne et les

décideurs de l'administration centrale, (b) les différents paliers de gouvernement comme les homologues au niveau municipal ou provincial, ou (c) les différentes régions géographiques d'un pays comme la région de l'Atlantique ou le Centre du Canada. Les relations horizontales, les relations verticales et la collaboration sont toutes essentielles pour qu'une approche axée sur la santé de la population ait des résultats positifs sur la santé des gens.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 6

Dans son document de discussion *Actions intersectorielles... Pour un avenir en santé (1999),* le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) énumère quelques conditions pour réussir une collaboration intersectorielle s'inspirant de la recherche et de la pratique internationales dans ce domaine.

6.1 Mobiliser les partenaires au début du processus pour l'établissement de valeurs et de visées communes

Pour réussir des projets intersectoriels visant à améliorer la santé, il faut susciter l'engagement des partenaires potentiels venant de secteurs extérieurs à celui de la santé tôt dans le processus, tout comme la participation des responsables de différentes disciplines ou secteurs au sein du secteur de la santé. Lorsque les participants ont des objectifs clairs, fondés sur des valeurs et des intérêts communs, la collaboration est plus efficace. Il importe de noter que les priorités en ce qui a trait aux secteurs à priviliégier peuvent varier d'un partenaire à l'autre. Par exemple, les représentants du secteur de la santé valorisent les éléments relatifs à la santé, alors que ceux des autres secteurs valorisent davantage les enjeux sociaux, les réalisations sur le plan économique ou le développement humain durable. Le but de ce travail de collaboration est d'établir des bases communes et d'agir en collaboration pour améliorer la santé.

Le fait de fixer des objectifs communs permet aux partenaires de voir comment cette participation les aidera à atteindre leurs propres objectifs, tout en contribuant au bien commun collectif. De plus, le consensus formé à propos d'objectifs communs au tout début du cycle de planification des programmes favorise des relations de travail efficaces qui seront essentielles à la réussite de la mise en oeuvre de programmes, de politiques et de services de santé dans l'avenir (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population,1999).

La collaboration intersectorielle devrait être vue comme une situation où les deux parties sont gagnantes, par opposition à un exercice où les deux parties sont en concurrence et qui est fondé sur un « impérialisme » sectoriel, où un secteur est considéré comme profitant des ressources de l'autre partie pour atteindre ses propres objectifs [6]. La collaboration en vue d'améliorer la santé en est facilitée si l'on : (a) s'attaque aux problèmes qui ont une signification et une importance pour les parties qui collaborent, (b) embauche des personnes ayant des compétences diversifiées et complémentaires, (c) encourage la comparabilité des attitudes et des perspectives sociales entre les membres, et (d) favorise l'établissement de

liens personnels enrichissants entre les membres. Ces facteurs aident à former des équipes stables et efficaces où les gens travaillent ensemble de manière constructive.

6.2 Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets

La collaboration intersectorielle doit traduire les objectifs communs en résultats spécifiques à atteindre. Les recherches indiquent que les projets intersectoriels fructueux mettent l'accent sur des objectifs concrets qui décrivent clairement un plan d'action détaillé. L'articulation claire de buts en matière de santé de la population procure plusieurs avantages. Les buts et objectifs liés à la santé (a) décrivent de façon explicite les résultats attendus d'un investissement en santé, (b) favorisent le soutien politique et communautaire, (c) aident les systèmes de santé à se réorienter pour passer de services axés sur les soins de santé à des services axés sur la prévention, (d) soutiennent l'orientation de la politique, (e) présentent les gains en santé à court et à long termes, et (f) favorisent l'évaluation des incidences sur les programmes et les politiques sur la santé (évaluation des incidences sur la santé)[46,38,39,6]. Les buts et objectifs aident les partenaires engagés dans un travail intersectoriel à déterminer les interventions à effectuer, comment on procédera, qui fera ces interventions et à quel moment.

6.3 Identifier et soutenir un chef de file

Pour assurer une bonne collaboration intersectorielle, il importe également d'établir et de soutenir un chef de file. Même si le terme « chef de file » désigne ordinairement une personne, il peut aussi s'appliquer à un groupe ou à une collectivité. Les chefs de file sont le symbole public des projets entrepris en matière de santé de la population. Ils suscitent l'intérêt et l'engouement pour les questions de santé publique et mobilisent le soutien de la population pour faire progresser les programmes de santé publique. Selon les recherches, au moins trois éléments caractérisent un chef de file efficace [5]:

- Le chef de file est digne de confiance, respecté et non partisan (c'est-à-dire qu'il n'est lié à aucun intérêt politique particulier), et il travaille de manière efficace avec les dirigeants politiques.
- Le chef de file est fermement déterminé à respecter la philosophie relative aux déterminants de la santé.
- Le chef de file accepte, soutient et véhicule avec succès des points de vue multiples et variés pour articuler un programme de santé de la population.

6.4 Investir dans un processus d'établissement d'alliances

La collaboration intersectorielle entre les divers paliers et secteurs dans un contexte de santé de la population exige des ressources humaines et financières. Pour que cette collaboration soit efficace, les partenaires doivent être en mesure d'y consacrer des ressources humaines et financières. Dans l'ensemble, la collaboration intersectorielle est améliorée lorsque le dosage approprié (quantité et diversité) de ressources est investi dans un processus d'établissement d'alliances.

Lorsque le personnel est bien formé, qu'il est assigné de manière spécifique aux tâches liées à la santé de la population et qu'il se compose de gens provenant d'une multitude de disciplines et de professions, la collaboration intersectorielle en est facilitée [31]. Le temps consacré pour entreprendre ce travail est aussi important. La collaboration intersectorielle exige :

- un plan de gestion des ressources humaines commun bien étayé et sur lequel tous les partenaires s'entendent;
- la détermination des besoins d'expertise et des occasions de formation et de développement;
- le partage d'exemples de méthodes de travail innovatrices.

La collaboration intersectorielle doit lutter contre des pratiques budgétaires « cloisonnées » qui qui découragent le regroupement de ressources en vue de travailler à des objectis communs. Cette collaboration exige (1) un consensus sur le partage des coûts entre les groupes participants et (2) la détermination et l'élimination des obstacles qui nuisent à l'élaboration de budgets communs.

6.5 Générer l'appui politique et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques

Étant donné que les gouvernements sont les principaux partenaires de l'intervention intersectorielle et que les politiques gouvernementales et la politique ont des répercussions sur les partenaires à l'extérieur du gouvernement, une approche axée sur la santé de la population est tributaire de l'appui politique et d'un cadre des politiques publiques qui favorise la collaboration intersectorielle.

Le succès d'un projet intersectoriel est davantage assuré lorsqu'il existe un lien explicite avec le secteur politique. Ce lien peut être établi grâce à l'engagement direct des politiciens dans les projets de santé de la population (p. ex. en étant membres d'un comité), ou par un lien clair au niveau politique coordonné par les cadres supérieurs de l'administration. Un engagement et un soutien visibles au niveau politique font progresser la collaboration intersectorielle en favorisant et en soutenant la participation des partenaires et en assurant un accès à des appuis indispensables.

Dans la collaboration intersectorielle en santé, il est aussi nécessaire de tenir compte du contexte actuel des politiques publiques, et les partenaires doivent s'adapter à ce contexte. Les gouvernements pourraient, par exemple, accorder plus d'attention aux répercussions sur la santé d'une décision stratégique lorsque le contexte financier est favorable. De plus, les Canadiens seraient plus enclins à appuyer des programmes qui profitent aux personnes les plus vulnérables de la société dans des périodes de prospérité économique. Une bonne compréhension et une bonne évaluation des contextes des politiques publiques sont des atouts essentiels pour les partenaires qui collaborent à un projet intersectoriel.

6.6 Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999) reconnaît les défis à relever en ce qui a trait au leadership dans les projets intersectoriels. Le terme leadership traduit davantage un rôle visant à orienter et à influencer les mesures à prendre que le fait de maintenir un contrôle sur le groupe.

Le secteur de la santé peut assumer un de deux rôles dans la collaboration intersectiolle, soit celui de *leader* ou de *facilitateur* [5]. Ordinairement, le secteur de la santé assume le rôle de leader dans les projets de santé de la population qui se rapprochent le plus de son mandat et qui correspondent à son champs d'expertise. Ces projets englobent notamment : promotion de la santé, habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelles, gestion du risque, surveillance médicale et services de santé. Le secteur de la santé prend le rôle de facilitateur lorsque la portée des projets en santé de la population s'étend au-delà des intérêts ou des compétences du secteur de la santé. Les projets qui traitent des questions d'éducation, de transport ou d'emploi, par exemple, seraient pris en charge par des organismes ou des ministères représentant ces secteurs. Dans ce contexte, le secteur de la santé encourage le partenariat et coordonne des projets multi-sectoriels et compte sur les représentants des autres secteurs pour régler de problèmes qui dépassent ses compétences.

En outre, dans le contexte d'une collaboration intersectorielle en santé de la population, les responsabilités doivent être partagées en ce qui a trait aux résultats attendus. Les secteurs et les paliers travaillent de concert pour atteindre les buts et objectifs fixés (c'est-à-dire les résultats attendus) sur lesquels ils ont formé un consensus. De même, il va de soi que l'on partage les succès avec les partenaires. Les interventions en santé qui sont planifiées et mises en oeuvre par de multiples partenaires offrent des retombées positives et des avantages aux secteurs et paliers qui y ont consacré leurs énergies.

Élément clé 7 : *Prévoir des mécanismes encourageant la participation du public*

Une approche axée sur la santé de la population encourage la participation du public à l'élaboration de stratégies visant à améliorer leur santé. Les citoyens se voient offrir de véritables occasions de contribuer à l'établissement de priorités et de stratégies en matière de santé et à l'examen des résultats atteints.

Définition et raison d'être de l'élément clé 7

Une approche axée sur la santé de la population favorise l'engagement des citoyens dans un processus de participation publique qui reconnaît le rôle et la contribution des intervenants, des citoyens et des gouvernements, et le partage des responsabilités entre ces différents acteurs, dans l'élaboration de politiques gouvernementales visant l'amélioration de la santé de la population. Le *public* désigne les personnes, les consommateurs, les citoyens, les groupes d'intérêt, l'industrie et les

associations scientifiques et professionnelles. La *participation* signifie le niveau de participation dans un continuum. Toute participation le long du continuum représente une contribution valable. Et le degré de participation varie selon les objectifs de l'exercice et le degré d'intervention ou d'influence publique souhaité.

On retrouve trois activités dans le continuum de participation du public : (a) les communications, (b) la consultation, et (c) l'engagement des citoyens.

Les communications : on fait appel à des stratégies de communications lorsque l'objectif de la démarche est d'informer ou d'éduquer le public, de communiquer des enjeux ou des résultats, ou de préparer les citoyens en vue de projets futurs qui nécessiteront une plus grande participation de leur part. La première étape qu'il importe de suivre dans tout processus de participation du public consiste à fournir de l'information claire et précise pour que le public soit pleinement informé des questions traitées. Les citoyens ont aussi l'occasion de donner leur opinion, d'apprendre des autres et de travailler en collaboration pour établir des bases communes pour l'amélioration de la santé.

La consultation : en général, on fait appel à la consultation lorsqu'il faut recueillir l'opinion des intervenants, ou fournir une occasion aux citoyens de discuter de problèmes ou d'activités importants qui les touchent ou qui sont d'un grand intérêt pour eux. À cette étape, il encore possible de prendre en compte des opinions des citoyens dans un contexte de démarche décisionnelle commune, de partenariat pour la mise en oeuvre de solutions ou d'établissement des orientations.

L'engagement des citoyens : on parle d'engagement des citoyens lorsque ceux-ci participent en tant que partenaires importants à l'élaboration de programmes et de politiques qui touchent aux valeurs et aux choix sociétaux. L'engagement des citoyens vise les groupes pour lesquels une politique ou un programme est prévu, spécialement les groupes qui ont été auparavant privés de leurs droits de représentation. Les citoyens acceptent le défi de trouver des solutions et d'élaborer des stratégies pour l'amélioration de leur santé et travaillent avec le gouvernement à la mise en oeuvre des solutions proposées. En général, l'engagement des citoyens porte sur des projets communautaires émanant du public, où le gouvernement n'assure qu'un rôle de facilitateur ou d'animateur. Pour décider de la participation des citoyens à un niveau élevé du continuum, il faut examiner la situation, et déterminer si l'initiative porte sur l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de programmes peuvent susciter des conflits de valeurs ou d'identité, comporter des choix ou des compromis difficiles, ou avoir des répercussions importantes sur la vie des citoyens [40].

La participation du public a comme principal avantage de rehausser la confiance du public à l'égard de la prise de décision et du partage de l'information, car les citoyens qui sont le plus touchés par le problème de santé contribuent à l'élaboration des solutions au tout début du processus de planification. Une participation réelle du public entraîne bien d'autres avantages comme :

- Instaurer une relation fondée sur la confiance, la transparence, la responsabilisation, l'ouverture et l'honnêteté.
- Faire place à une plus large gamme de besoins, d'intérêts et de préoccupations du public dans la prise de décision.
- Résoudre les problèmes de manière plus efficace, par une démarche de collaboration.
- S'assurer que les décisions et les solutions incluent la vision, les connaissances et l'expertise technique auxquelles on n'aurait pu avoir accès autrement.
- Considérer les problèmes et les projets sous une perspective plus large qui englobe des préoccupations sur le plan technique, social, culturel et éthique.
- Accroître le niveau d'acceptation et d'appropriation du public face aux décisions et aux politiques.

Une approche axée sur la santé de la population place les gens au coeur de la démarche et considère les citoyens comme des participants actifs dans la création et le maintien de la santé au cours du cycle de la vie [55].

Mesures mobilisatrices de l'élément 7

7.1 Susciter l'intérêt du public

Une approche axée sur la santé de la population non seulement informe le public des questions portant sur la santé qu'il est en droit de connaître, mais également vise à susciter l'intérêt et l'engouement pour les questions de santé chez le public. Le « mouvement écologiste » des dernières décennies en est un bon exemple [55]. L'approche axée sur la santé de la population cherche à convaincre la population que la santé et les déterminants de la santé sont des concepts importants et durables et veut obtenir l'accord et l'appui de la population en général sur les questions et les programmes relatifs à la santé.

7.2 Contribuer à l'accroissement du niveau de connaissances en santé

En stimulant l'engagement des citoyens, une approche axée sur la santé de la population fait progresser les connaissances des personnes et des communautés en matière de santé. Par connaissances en santé, on entend les expériences, les découvertes, les valeurs, les attitudes, les croyances, les hypothèses et le savoir sur des questions touchant la santé de la

population.[5] Les campagnes d'éducation du public sont couramment employées pour enrichir les connaissances en santé. De telles campagnes s'inspirent des concepts de marketing social et utilisent efficacement les différents outils de communication comme l'imprimé, la télévision, la radio ou l'internet. Elles utilisent aussi d'autres outils comme l'écriture en braille, les livres-cassettes et le sous-titrage codé pour malentendants à l'intention des personnes atteintes d'un handicap physique. L'accroissement des connaissances en santé fait que les citoyens sont mieux informés des questions sur la santé. Ils deviennent des consommateurs avisés de services de santé et font des choix judicieux pour leur santé et celle de leurs collectivités. Une approche axée sur la santé de la population, en plus de faire progresser les connaissances en santé, évalue le niveau actuel de connaissances en santé au sein de la population, dans le cadre de la démarche d'élaboration des politiques et des programmes, pour que les messages soient compris et bien accueillis par les groupes de citoyens.

7.3 Mettre en oeuvre des stratégies de participation du public qui s'harmonisent avec l'objectif fondamental

Une approche axée sur la santé de la population définit clairement la raison de la participation du public et met en oeuvre par la suite les stratégies nécessaires pour atteindre l'objectif souhaité. Elle détermine et met en pratique les stratégies et les techniques appropriées tout au long du continuum de participation du public en vue de répondre à la question suivante : « Quels sont les besoins et quelle est la meilleure stratégie pour y répondre? » Les stratégies de participation du public sont réparties en cinq niveaux :

Niveau 1 : *L'information et l'éducation* du public. Pour cette démarche, on fait appel aux mécanismes de communication en s'assurant que la communication et le niveau de langue utilisé sont adaptés à l'auditoire ou au groupe visé. C'est la stratégie privilégiée lorsqu'il s'agit d'informer le public d'une décision prise, des résultats d'un projet ou d'un processus, d'obtenir le soutien de la population quant à un projet ou à l'orientation d'une politique, ou pour préparer les gens à une consultation publique plus intensive qui aura lieu plus tard. Le niveau 1 inclut des techniques comme la publicité et le marketing social, les trousses d'information et les lignes téléphoniques d'information sans frais.

Niveau 2 : *La collecte de l'information et des opinions.* Les techniques du niveau 2 sont utilisées lorsque l'objet de la consultation publique est d'écouter les gens et de recueillir de l'information sur un sujet donné, d'obtenir leur opinion sur des décisions stratégiques à venir, et d'obtenir des commentaires sur des questions dans le cas où aucun engagement ferme n'a encore été pris à ce sujet (les participants sont informés du but de l'intervention dès le début du processus, de manière à pouvoir canaliser les attentes). Les techniques de participation du public du niveau 2 incluent les réunions bilatérales avec les intervenants, des rencontres dans la communauté ou des réunions publiques et des questionnaires remplis par les citoyens.

Niveau 3 : *La discussion et la participation* au moyen d'une consultation.[5] Les techniques du niveau 3 constituent la stratégie privilégiée lorsqu'il faut établir un dialogue et que les personnes et les groupes sont touchés par le résultat final et devraient, d'après les attentes,

influencer ce résultat. Les comités consultatifs, les commissions ou conseils consultatifs, les groupes de discussion en ligne et les serveurs de listes, ainsi que les ateliers de travail, sont des exemples d'applications des techniques de niveau 3.

Niveau 4 : *L'engagement des citoyens.* L'engagement des citoyens est recherché lorsqu'il est nécessaire d'obtenir leur participation pour traiter de problèmes complexes qui portent sur des valeurs sociétales, et lorsqu'ils peuvent contribuer à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions qui les touchent. Comme exemples de techniques de niveau 4, on note la méthode Delphi, les séances de réflexion et les tables rondes.

Niveau 5 : *Le partenariat* avec les citoyens. Les techniques du niveau 5 pour la participation du public sont particulièrement utiles lorsque l'objectif est de donner aux citoyens et aux groupes le pouvoir de gérer la planification/le processus d'élaboration de la politique. Le partenariat est aussi efficace lorsqu'il existe une entente entre les groupes de citoyens et le gouvernement pour la mise en oeuvre conjointe des solutions proposées. Parmi les exemples de techniques du niveau 5, on retrouve les panels d'experts de citoyens et les groupes d'études.

De nombreux facteurs influencent le choix d'une stratégie de participation du public. Ils comprennent : (a) la nature et la complexité du problème, (b) le but et l'étape de la planification/processus d'élaboration d'une politique, (c) le degré d'influence attendu des participants, (d) le profil des participants (p. ex. une pluralité de citoyens par opposition aux représentants d'un groupe d'intérêt), (e) l'expérience antérieure des facilitateurs par rapport aux techniques de participation du public, (f) les délais, les coûts, les ressources humaines et l'expertise, (g) le niveau de collaboration intersectorielle, et (h) le niveau de soutien accordé au processus de participation du public par les intervenants et les partenaires gouvernementaux.

Élément clé 8 : *Démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan santé*

L'approche axée sur la santé de la population privilégie les résultats et cherche à déterminer le degré de changement réellement attribuable aux interventions.

Définition et raison d'être de l'élément clé 8

Par le passé, la responsabilisation portait davantage sur les moyens (ressources utilisées), les méthodes (activités) et les produits. Dans une approche axée sur la santé de la population, elle porte beaucoup plus sur les résultats en matière de santé et sur le degré de changement qui peut réellement être attribué à une intervention. Cette orientation a une influence sur la planification et sur le processus de détermination des buts aussi bien que sur le choix des stratégies d'intervention utilisées. Lors de la prise de décisions sur le meilleur investissement des ressources, les stratégies qui donneront les *meilleurs* gains de santé dans les limites acceptables d'utilisation des ressources, seront retenues en priorité.

L'évaluation des résultats est une fonction essentielle d'une approche axée sur la santé de la population. Elle sert à évaluer les changements à long terme sur l'état de santé et sur les déterminants de la santé. Ces changements peuvent porter sur les connaissances, la sensibilisation et les comportements, le contexte social, économique et environnemental, ainsi que sur l'infrastructure du réseau de santé et les politiques gouvernementales. L'évaluation des résultats cherche aussi à mesurer la réduction des iniquités en matière de santé entre les différents sous-groupes de la population. Il est important de définir les résultats à court, moyen et long termes pour assurer un soutien continu et la pertinence des activités des partenaires dont les programmes sont axés davantage sur le court terme.

Nombre des responsables des politiques et des programmes de santé peuvent mal accepter ou craindre la responsabilisation en raison des nombreux facteurs indépendants de leur volonté qui peuvent influencer les résultats sur le plan santé. Ils devraient être rassurés du fait que l'approche recommandée ici prend en compte l'éventail complet des éléments qui peuvent permettre ou empêcher d'atteindre un objectif. Si le taux de suicide monte, cela ne signifie pas nécessairement que le programme a échoué, et vice versa. Il faut plutôt chercher à savoir ce qui se produisait en même temps qui a également eu un impact sur le résultat.

L'évaluation des résultats à plus long terme est nécessaire afin d'effectuer une évaluation exhaustive du programme, qui comprend aussi l'évaluation des processus (pour déterminer si une politique et un programme atteignent les buts fixés ou s'ils rejoignent le public cible) et pour mesurer les répercussions des interventions (c'est-à-dire évaluer les résultats concrets d'un programme ou d'une politique). La communication et le partage réguliers des résultats atteints, en temps opportun, avec les partenaires et les Canadiens font partie intégrante d'une approche axée sur la santé de la population.

Mesures mobilisatrices de l'élément clé 8

8.1 Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats

Une approche axée sur la santé de la population encourage l'élaboration d'un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats, qui définit de façon claire les responsabilités et les mesures de la performance au début des programmes et activités relatifs à la santé. Les principaux partenaires s'entendent sur le cadre de responsabilisation fondé sur les résultats et ils incluent dans ce cadre les éléments suivants :

- une définition claire des rôles et responsabilités des partenaires principaux qui participent à la mise en oeuvre de la politique, du programme ou du projet (donc une structure claire pour la conduite des affaires);
- un modèle d'exécution logique et clair qui fait le lien entre les ressources allouées et les résultats attendus (p. ex. un modèle logique axé sur les résultats qui présente dans leur ordre logique l'affectation des ressources, les grands objectifs, les activités, les produits et les principaux résultats de la politique, du programme ou du projet);

- une description de la stratégie de mesure de la performance, y compris l'information sur les coûts et le rendement attendu (indicateurs clés) qui feront l'objet d'un suivi (pour permettre aux gestionnaires d'évaluer les progrès réalisés, de mesurer les résultats atteints, d'appuyer le travail d'évaluation subséquent, de tirer des leçons et, en même temps, de faire des ajustements nécessaires pour constamment s'améliorer;
- le plan d'exécution des principaux travaux d'évaluation qui doivent être effectués;
- un aperçu des rapports à produire pour garantir la transparence et montrer la prise en charge de ses responsabilités auprès du public, des intervenants et des bailleurs de fonds du programme qui veulent connaître (et doivent connaître) les progrès (ou le peu de progrès) accomplis dans la mise en oeuvre du programme.

Un cadre de responsabilisation et de gestion axé sur les résultats devrait démontrer de manière concluante l'intention et la capacité de mesurer la performance du projet en fonction des engagements pris quant aux principaux résultats attendus, en permanence (mesure continue de la performance) et périodiquement (évaluations). Une bonne stratégie de mesure de la performance devrait comporter les éléments suivants :

- les principales activités du programme (quelles activités auront lieu?)
- Les clients ou les populations ciblés (Qui profitera du programme?)
- Les résultats attendus (quelles seront les réalisations?)
- Les indicateurs de performance (comment pouvons-nous objectivement mesurer les résultats?)
- Les sources de données (où recueillerons-nous l'information?)
- La méthodologie (comment ferons-nous l'évaluation et l'analyse des données et quels seront les coûts?)

8.2 Déterminer les mesures de référence et fixer des objectifs d'amélioration de la santé

La collecte des données de référence, l'établissement d'objectifs et les buts visés sur le plan santé sont des aspects importants d'une approche axée sur la santé de la population. Les mesures de référence représentent les statistiques courantes sur les indicateurs relatifs à la santé. Les objectifs sont des données quantifiées portant sur le niveau/l'importance, l'orientation et le moment des changements souhaités pour un indicateur. Les indicateurs sont des mesures statistiques qui sont généralement exprimées en pourcentages [5,13]. En général, l'expression « buts visés sur le plan santé »[6] est utilisée dans un sens large et fait référence à un cadre de planification qui inclut habituellement les grands objectifs, les indicateurs, les objectifs et les stratégies.

Sans la détermination d'objectifs spécifiques pour orienter les interventions en santé, les attentes quant aux gains demeurent vagues. Les objectifs précisent l'importance et l'échéance des changements souhaités pour un indicateur, et définissent les paramètres du succès.

L'articulation des buts et des objectifs en santé comprend l'indication précise des stratégies à mettre en oeuvre et les personnes responsables d'atteindre ces objectifs.

La documentation internationale révèle cinq façons de fixer des objectifs : (a) par *comparaisons dans le temps* lorsque les objectifs sont fondés sur l'extrapolation de niveaux futurs pour un indicateur à partir des niveaux passés et présents, (b) par *comparaisons normatives* lorsque les objectifs sont fondés sur le niveau de performance atteint pour un d'indicateur donné dans le cadre d'un programme, d'une intervention ou d'une politique similaire, dans des administrations ou des cadres comparables (les normes standard sont souvent appelées des étalons), (c) par *normes théoriques,* lorsque les objectifs sont fondés sur ce que les recherches et la théorie suggèrent comme étant raisonnablement atteignables, (d) par *normes idéales ou absolues*, lorsque les objectifs visent l'éradication du problème ou l'atteinte complète des buts en matière de santé, et (e) par *normes de solution par compromis,* lorsque les objectifs sont fixés par négociation d'un compromis entre les moyens utilisés dans les quatre autres méthodes [5,33]. Le choix d'une méthode pour fixer les objectifs dépend de plusieurs facteurs, comme le niveau actuel des connaissances (connaissances théoriques disponibles sur le sujet) et la disponibilité d'ensembles de données comparables.

Le fait d'établir des mesures de référence et de fixer des objectifs facilite le suivi des indicateurs au cours d'une période donnée, ce qui permet d'évaluer plus facilement l'efficacité des différents programmes, politiques ou interventions et, par le fait même, d'accroître la prise en charge des responsabilités liées à l'investissement de ressources (celui du gouvernement par exemple). En outre, la détermination et le suivi des objectifs ont un important effet de persuasion auprès de ceux qui doivent constater un changement ou une amélioration, pour pouvoir justifier leur soutien à un programme durable en santé de la population.

Les recherches démontrent que l'élaboration d'objectifs en ce qui a trait aux déterminants de la santé, qui englobent souvent des secteurs autres que celui de la santé, est difficile à réaliser [5]7. Toutefois, l'expérience dans plusieurs administrations révèle que les efforts consacrés à régler les problèmes liés à l'élaboration des objectifs sont justifiés par les bénéfices escomptés. Dans une approche axée sur la santé de la population, les buts en matière de santé contribuent à faire progresser l'élaboration de politiques, la planification et l'évaluation de programmes, la réaffectation des ressources, les méthodes de planification axées sur la population et le contrôle du système de santé et de l'état de santé de la population [13,39,43,5].

8.3 Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces

Les méthodes d'évaluation s'étendent à toute la gamme d'évaluations de processus, de répercussions et de résultats [18]. Une approche axée sur la santé de la population reconnaît le cycle de planification-évaluation, accentue le rôle de l'évaluation dans la surveillance de l'état de santé et instaure des systèmes visant à institutionnaliser les méthodologies d'évaluation. Une stratégie d'évaluation efficace favorise une approche axée sur la santé de la population : (a) en justifiant des stratégies ou des mesures spécifiques en matière de santé, (b) en instaurant un mécanisme de correction interne pour signaler les changements à apporter aux

stratégies, et (c) en mobilisant le soutien politique pour des interventions spécifiques et l'obtention des ressources nécessaires. De cette manière, les systèmes d'évaluation peuvent soutenir le maintien de projets pour la santé de la population en faisant connaître clairement les répercussions positives des différentes activités et divers programmes sur l'état de santé de la population.[8]

Des interventions spécifiques pour faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre de mécanismes d'évaluation en matière de santé de la population sont exposés dans les travaux récemment publiés par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/Euro) (1999). Dans son rapport « *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers* », le groupe de travail suggère les mesures suivantes :

- Favoriser une approche participative à l'évaluation qui encourage la participation active de ceux qui s'intéressent au projet ou qui pourraient en bénéficier.
- S'entendre pour réserver un pourcentage du total des ressources financières au travail d'évaluation.
- Encourager l'utilisation de plusieurs méthodes d'évaluation afin de pouvoir évaluer les données sur les processus et les résultats.
- Financer la recherche sur les approches et les outils à employer pour les évaluations de la santé de la population.
- Créer une infrastructure de formation et d'éducation pour établir l'expertise en évaluation de projets sur la santé de la population.
- Mettre sur pied et soutenir la tenue de forums et le réseautage en vue du partage de l'information sur les problèmes et les méthodes d'évaluation en santé de la population.

8.4 Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation de l'impact sur la santé

Une approche axée sur la santé de la population crée et utilise des outils de responsabilisation qui ont été testés et qui ont été mis en application, dont *l'évaluation des effets sur la santé.* Comme pour les évaluations des incidences environnementales, les outils d'évaluation des effets sur la santé favorisent une plus grande prise en charge des responsabilités pour les interventions et les investissements en santé. Ils y parviennent en établissant des critères servant à déterminer les *effets sur la santé* des programmes et politiques courants ou proposés, aussi bien dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, ce qui a pour avantage d'instaurer une démarche uniforme d'un secteur à l'autre pour l'examen des impacts sur la santé et de mobiliser des secteurs qui ne se pencheraient normalement pas sur les effets qu'ont leurs décisions sur la santé. Toutefois, à moins que cette démarche ne soit instituée à un haut niveau (p. ex. par le Vérificateur général), elle ne sera probablement pas efficace.

8.5 Diffuser publiquement les résultats

La diffusion publique des résultats des projets en santé de la population est une des pierres angulaires d'une approche axée sur la santé de la population. Comme nous l'avons indiqué précédemment, la participation du public et de partenaires provenant de multiples secteurs à des projets visant l'amélioration de l'état de santé (et ayant une incidence sur les indicateurs des déterminants de la santé) exige une stratégie de communication efficace, susceptible de capter l'attention du public [25]. Par exemple, on peut penser à : (a) un « bilan de santé » de la population aux paliers national, provincial, régional et municipal, (b) un répertoire des « pratiques exemplaires » et à la diffusion de ces pratiques, et (c) des rapports d'étude de cas qui illustrent avec exactitude la manière de mettre sur pied des projets en santé de la population de façon durable. La diffusion des résultats peut aussi être ciblée pour rejoindre des groupes démographiques déterminés, plus précisément ceux dont la situation est particulière ou qui présentent des facteurs de risque importants. Les rapports peuvent être axés, par exemple, sur les femmes, les enfants, les immigrants, les réfugiés, les populations autochtones ou les personnes handicapées.

En outre, il faut mettre en place des stratégies efficaces de transfert du savoir et de mise en oeuvre des politiques sur les résultats de la recherche et les résultats des évaluations pour influencer les décideurs et accroître le bagage de données probantes (voir la mesure 3.6).

V. Observations finales

Un des objectifs sous-jacents du *Modèle de promotion de la santé de la population* est de favoriser la discussion et l'action en matière de santé de la population. Le modèle présente huit éléments clés et plusieurs interventions afférentes pour guider la création et la mise en oeuvre de politiques et de programmes qui correspondent aux concepts et aux principes établis en matière de santé de la population.

L'emploi du *Modèle de promotion de la santé de la population* suppose diverses choses. Par exemple, différents groupes d'utilisateurs (comme les stratèges, les planificateurs de programme et les praticiens) peuvent constater que certains aspects du modèle s'appliquent davantage à leur travail que d'autres. En outre, les projets qui visent à régler des problèmes de santé spécifiques peuvent mettre davantage l'accent sur certains éléments clés. Parmi les autres facteurs et conditions qui ont une influence sur la mise en oeuvre du modèle, on note : (a) le but principal du projet, (b) le public cible, (c) les résultats attendus, et (d) les ressources disponibles. La mise en oeuvre du *Modèle de promotion de la santé de la population* peut donc varier d'un projet à l'autre. Les utilisateurs auraient donc grand avantage à se familiariser avec toute la gamme des éléments qui le composent, pour ensuite faire un choix judicieux quant à la meilleure manière de mettre ce modèle en application, en tenant compte de leurs objectifs, de leurs attentes et de leurs besoins.

Notes

1 Le rapport Lalonde, nommé d'après le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social d'alors, Marc Lalonde, marque la première fois où un État important reconnaît publiquement que la médecine et les systèmes de soins de santé ne jouent qu'un rôle partiel dans la détermination de l'état de santé. Ce rapport examine comment des facteurs autres que ceux liés aux soins de santé peuvent avoir une incidence sur la santé et présente des éléments tels que la biologie humaine, le style de vie, l'environnement et l'accessibilité aux services de santé, comme des facteurs déterminants.

2 Diffusé par Jake Epp, ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, comme suite au rapport Lalonde, ce document dresse un tableau des enjeux, des mécanismes et des stratégies de promotion de la santé et met davantage en relief les déterminants plus généraux de la santé [23].

3 Adoptée en 1986 lors de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, tenue à Ottawa, la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* a défini cinq stratégies principales pour la promotion de la santé et une « nouvelle politique gouvernementale », à savoir l'élaboration d'une politique gouvernementale pour la santé de la population, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des compétences personnelles et une réorientation des services de santé [25]. Certains experts considèrent la Charte d'Ottawa comme étant le catalyseur de l'approche écologique de la promotion de la santé [17].

4 Par « déterminants plus généraux» de la santé, on fait généralement référence aux facteurs sociétaux comme les conditions sociales, économiques et environnementales.

5 Quelle que soit la méthode utilisée, les mécanismes de consultation devraient (a) offrir une place équitable aux parties qui sont visées ou potentiellement visées et définir clairement les critères qui guident le choix des groupes ou des individus qui participeront à la consultation, (b) prendre en considération aussi bien *l'ampleur* de la représentation (l'éventail d'intervenants consultés), que *l'étendue* de la représentation (l'étendue de l'apport fourni par chaque partie consultée), et (c) s'adapter aux différents niveaux de consultation exigés tout au long de l'étape de mise en oeuvre d'un projet en santé de la population [43].

6 En général, l'expression « buts visés sur le plan santé » est utilisée dans son sens large et fait référence à un cadre de planification qui inclut ordinairement les buts, les grands objectifs, les indicateurs, les objectifs et les stratégies. De manière plus spécifique, les « buts » font référence à un énoncé global des résultats souhaités et qui sont potentiellement réalisables à long terme. Les « grands objectifs » sont des énoncés d'intention spécifiques et mesurables qui définissent les changements désirés et qui visent à répondre aux questions suivantes : « qui veut-on atteindre? », « quelle est l'importance des changements? » « quels sont les changements? » et « quand veut-on ces changements? ». Les « indicateurs » sont des mesures ou des statistiques qui permettent de mesurer les changements ou les progrès. Les « objectifs » sont des énoncés quantifiés qui traduisent l'ampleur ou le moment du changement désiré pour un indicateur donné. Ils sont habituellement exprimés sous forme de pourcentages et précisent la date à laquelle l'autorité espère voir un changement. Les « étalons » sont des points de référence, une constante qui sert à établir les mesures et les comparaisons. Les « stratégies » ou « mesures prioritaires » comprennent les mesures spécifiques entreprises ou les méthodes utilisées pour atteindre les buts fixés [5].

7 La difficulté que pose l'établissement des objectifs pour les déterminants de la santé provient : (a) d'une pénurie de données pertinentes dans les secteurs à l'extérieur de celui de la santé, ou (b) de la réticence de la part des collègues des autres secteurs à partager l'information qui aiderait à l'établissement des objectifs. Les recherches démontrent aussi que même si les dirigeants politiques donnent généralement leur soutien aux mesures de responsabilisation, ils hésitent souvent à quantifier les objectifs, car cela peut (a) nécessiter l'affectation de fonds supplémentaires, (b) les pousser à prendre des décisions difficiles sur la réaffectation des ressources et (c) s'avérer embarrassant sur le plan politique pour le gouvernement en place (si les objectifs ne sont pas atteints) [5,6].

8 Même s'il existe beaucoup d'exemples d'approches axées sur la santé de la population dans la documentation internationale, leur efficacité est moins bien documentée. La rareté des travaux de recherche sur les évaluations est due en grande partie à la durée limitée des projets en santé de la population. Il faut qu'un projet en santé de la population soit d'une assez longue durée pour qu'on soit en mesure d'évaluer son efficacité quant aux résultats attendus. Ceci ne devrait pas toutefois retarder l'élaboration actuelle de méthodologies d'évaluation pour des projets futurs .

9 Les outils d'évaluation des effets sur la santé varient en fonction des critères d'évaluation. Ces critères comprennent (a) les effets probables des interventions proposées (politique, programme, activité) sur l'état de santé actuel et futur de la population, (b) les probabilités de réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes démographiques, (c) le nombre probable de gens qui profiteront des interventions ainsi que leurs caractéristiques, (d) la mesure dans laquelle l'intervention proposée cadre avec les objectifs en matière de santé (en relation avec l'état de santé et les déterminants), (e) l'efficacité de l'intervention, (f) les besoins de ressources pour effectuer l'intervention, et (g) les difficultés de mise en oeuvre [25].

Bibliographie

1. Colombie-Britannique. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1996). *A report on the health of British Columbians: Provincial Health Officer's annual report.*
2. Colombie-Britannique. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1997). *Health Goals for British Columbia.*
3. Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Ottawa (Ontario): Auteur.
4. Association canadienne de santé publique. (1992). *Caring about health: Issue paper on federal/provincial/territorial arrangements for health policy*. Ottawa (Ontario): Auteur.
5. Chomik, T.A. (1998). *Case study of health goals development in the province of British Columbia.* Mémoire de doctorat. University of British Columbia.
6. Chomik, T.A. & Frankish, C.J. (1999). Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets: The British Columbia experience. *Revue canadienne de santé publique,* novembre-décembre, S39-42.
7. Epp, J. (1986). *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa (Ontario): Santé et Bien-être social Canada.
8. Evans, R., & Stoddard, G. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine,* 31, 12.
9. Evans, R., Barer, M., & Marmor, T. (1994). *Why are some people healthy and others not?: The determinants of the health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
10. Eyles, J., & Birch, S. (1993). A population needs-based approach to health-care resource allocation and planning in Ontario: A link between policy goals and practice? *Revue canadienne de santé publique,* mars-avril, 112-117.
11. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population - Investir dans la santé des Canadiens.* Rapport préparé pour la rencontre des ministres de la Santé : Halifax, N.-É., 14 et 15 septembre 1994. Ottawa (Ontario): Santé Canada.
12. Frank, J. (1995). Why population health? *Revue canadienne de santé publique*, mai-juin, 162-164.
13. Frankish, C.J., Green, L.W, Ratner, P.A., Chomik, T.A., & Larsen, C. (1996a). *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy*: Rapport soumis à la Direction générale de santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. Vancouver, C.-B.: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research.
14. Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Green, L.W., Chomik, T.A., Larsen, C., & Olsen, L. (1996b). *Building regional health objectives: An application of the PRECEDE model for health promotion planning*. (Manuscrit non publié).

15. Green, L. W., Wilson, R. W., & Bauer, K. G. (1983). Data requirements to measure progress on the objectives for the nation in health promotion and disease prevention. *American Journal of Public Health,* 73(1): 18-24.

16. Green, L.W. (1994). Refocusing health care systems to address both individual care and population health. (Conference Proceedings). *Clinical Investigative Medicine*, 17(2), 133-41.

17. Green, L.W. (1996). Bringing people back to health. *Promotion & Education*, 3, 23-26.

18. Green, L.W. & Ottoson, J.M. (1999). *Community and population health*. (8th ed.). New York: WCB/McGraw-Hill.

19. Hamilton, N. & Bhatti, T. (1996). *Promotion de la santé de la population : Modèles d'intégration de la santé de la promotion de la santé.* Direction générale de santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

20. Hayes, M. & Dunn, J. (1998). *Population health in Canada: A systematic review.* Ottawa (Ontario): Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude H01.

21. Hayes, M. & Glouberman. (1999). Population health, sustainable development and policy future. Ottawa (Ontario): Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Étude H/01.

22. Health Targets and Implementation Committee. (1988). *Health for all Australians. Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council.* Canberra, AUT: Australian Government Publishing Service.

23. Santé Canada. (1996a). *Premier rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes.* Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.

24. Santé Canada. (1996b). *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population.* Rapport de discussion.

25. Santé Canada. (1998a). *In the Name of Health: Canada's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Perspective*. Document de référence pour les participants au Cambridge International Health Leadership Program, "Improving Population Health: Management Issues and Actions." Judge Institute of Management Studies, University of Cambridge.

26. Santé Canada. (1998b). *Pour une population en meilleure santé : une action concrète. Document de principes de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.*

27. Santé Canada. (1999). *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes.* Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.

28. Santé Canada. (2000). *Policy toolkit for public involvement in decision making.* Division de la consultation ministérielle, Direction générale de la politique de la santé et des communications.

29. Hertzman, C. & Keating, D., Eds. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations*. New York, Guilford Publications, Inc.

30. Kickbusch, I. (1996). Keynote address presented on the occasion of the Healthy People 2000 Consortium Meeting, *Building the prevention agenda for 2010: Lessons learned*. New York, Novembre.

31. Labonte, R. (1998). *Population health and health system restructuring: Has our knowledge of social and environmental determinants of health made a difference*? Document synthèse préparé pour l'unité de synthèse et diffusion, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.

32. Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens.* Ottawa (Ontario): Santé et Bien-être social Canada.

33. McGinnis, J.M. (1984)."Setting National Objectives in Disease Prevention and Health Promotion: The United States Experience." In W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.). *Oxford textbook of public health.* Volume 3. (pp. 385-401). Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press.

34. McKinlay, J.B., McKinlay, S.M. & Beagehole, R. (1989). A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *International Journal of Health Services*, 19, 181-208.

35. McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.

36. Miles, M. B., Hubermann, A. M. (1994). *Qualitative data analysis.* (2nd ed.). London: Sage.

37. Ministre d'Approvisionnements et Services Canada. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens.* Ottawa (Ontario): Approvisionnements et Services Canada.

38. Nutbeam, D., Wise, M. Bauman, A., Harris, E., & Leeder, S. (1993). *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond.* Portland, OR: International Specialized Books Services. (Also published by Canberra: Australian Government Publishing Service).

39. Nutbeam, D., & Wise, M. (1996). Planning for Health for All: International experience in setting health goals and targets. *Health Promotion International*, 11(3), 219-226.

40. O'Hara, Kathy. 1997. "Securing the Social Union: Next Steps," *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Réflexion,* 2 Novembre 1997.

41. Pinder, L. (1994). "The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible." In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.). *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 92-106). Toronto: W.B. Saunders Canada.

42. Rafuse, J. (1995). Population-health concept challenges dominance of clinical medicine. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152(2), 242-245.

43. Ratner, P., Green, L., Frankish, J., Chomik, T., & Larsen, C. (1997). Setting the stage for health impact assessment. *Journal of Public Health Policy*, 18(1), 67-79.

44. Roos, N. (1995). From research to policy: What have we learned from designing the population health information system. *Medical Care*. Vol 33, Number 12, 132-145, Supplement.

45. Roos, N., Black, C., Frohlich, N., & DeCoster, C. (1996). Population health and health care use: An information system for policy makers. *The Milbank Quarterly*, Vol. 74, No. 1., 3-31.

46. Spasoff, R. (1987). Health goals and the public health. *Revue canadienne de santé publique*, 78, 291-292.

47. Sherman, G., Mathias, R. (1996). Surveillance support for population health decision making. *Revue canadienne de santé publique,* juillet-août, 221-222.

48. Tannen, L., & Liebman, J. (1988). Population based planning as a tool for health plan development. *American Journal of Health Planning*, 3(3), 48-54.

49. US Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Department of Health and Human Services, Public, Health Service, Washington, DC.

50. Organisation mondiale de la santé. (1978). *Alma-Ata. Primary health care*. Genève: Author. (Health for All Series, No.1)

51. Organisation mondiale de la santé. (1981). *Global strategy for health for all*. Geneva: Auteur.

52. Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague: Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.

53. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. (1991). *Targets for health for all*. Copenhague: Auteur.

54. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. (1999). *The Verona Benchmark:System characteristics for implementation of investment for health approaches*. Copenhague: Auteur.

55. Zollner, H. & Lessof, S. (1998). *Population health-Putting concepts into action*. Pour l'Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe.